

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A.M. _____, à Gland, recourant,

et

MUTUEL ASSURANCES, à Martigny, intimée.

Art. 7 al. 2 et 64a al. 4 LAMal

E n f a i t :

A. A.M. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1954, et son épouse B.M. _____, née en 1957, étaient affiliés pour l'assurance obligatoire des soins auprès de Mutuel Assurances.

Le 28 novembre 2008, l'assuré a envoyé à Mutuel Assurances par pli recommandé une résiliation de sa couverture d'assurance et de celle de son épouse. Ce courrier a été reçu par Mutuel Assurances le 1^{er} décembre 2008.

En date du 5 janvier 2009, Mutuel Assurances a accusé réception de l'attestation d'assurance LAMal datée du 29 décembre 2008 délivrée par I. _____ Assurances certifiant l'affiliation de l'assuré auprès de leur caisse dès le 1^{er} janvier 2009.

Le 16 janvier 2009, Mutuel Assurances a communiqué à l'assuré le rejet de sa démission pour le 31 décembre 2008 étant donné que celle-ci avait été réceptionnée après l'échéance du délai fixé au 30 novembre 2008. Elle l'a dès lors invité à bien vouloir lui signifier une attestation dûment établie par son nouvel assureur afin que sa démission soit enregistrée pour la fin de l'année en cours, soit le 31 décembre 2009.

Le 3 février 2009, l'assuré a fait part de son mécontentement à Mutuel Assurances au sujet du courrier du 16 janvier 2009, estimant que le préavis d'un mois avait parfaitement été respecté. Il a au surplus relevé qu'il s'acquittait depuis le début du mois de janvier 2009 de ses primes auprès de son nouvel assureur.

Le 25 février 2009, Mutuel Assurances a délivré à l'attention de l'assuré un courrier explicatif exposant les motifs de rejet de la démission au 31 décembre 2008. Pour être valable, une demande de démission pour l'assurance obligatoire des soins doit parvenir à la caisse maladie au plus tard le dernier jour ouvrable du délai prévu par la loi, pour

un mois de préavis. Ce point a été confirmé par Mutuel Assurances dans un courrier du 9 avril 2009, accompagné du document postal attestant la distribution de la demande de résiliation le 1^{er} décembre 2009.

Le 16 avril 2009, I. _____ Assurances a adressé à l'assuré une lettre dont la teneur est la suivante:

"Par la présente, nous nous référons aux lignes que la caisse-maladie Mutuel assurances nous a fait parvenir en date du 14 avril 2009.

A ce propos, nous avons été informé que vous n'avez pas résilié vos contrats auprès de leur institution.

Or, nous n'avons reçu aucune lettre d'annulation de votre part.

Dans la mesure où vous désirez annuler à l'admission le réseau [...] (assurance obligatoire des soins) auprès de notre institution, nous vous prions de bien vouloir nous en informer par écrit.

Sans nouvelles de votre part dans les 10 jours, nous procéderons au report de l'entrée en vigueur de la catégorie précitée au 1^{er} janvier 2010.

Dans l'attente de vos nouvelles nous vous présentons, Monsieur, nos salutations distinguées".

Une copie de cette lettre a été envoyée à Mutuel Assurances.

Mutuel Assurances a adressé à l'assuré diverses factures relatives à des primes LAMal pour lui-même et son épouse afférentes au mois d'avril, mai et juin 2009 (547 fr. 80 par mois). Des rappels, puis des sommations pour primes impayées ont été adressées à l'assuré pour la même période.

Enfin, un commandement de payer n° [...] a été notifié le 20 juin 2009 à l'assuré, qui a formé opposition totale. Mutuel Assurances a requis paiement de l'assuré des sommes de 1'643 fr. 40 avec intérêts à 5% l'an dès le 22 mai 2009, 90 fr. de frais de sommation et 80 fr. au titre de frais d'ouverture de dossier. Etaient en outre réclamés les frais du commandement de payer et d'encaissement par respectivement 70 fr. et 9 fr. 45.

B. a) Par recommandé du 3 juillet 2009, Mutuel Assurances a adressé à l'assuré une décision formelle levant l'opposition au commandement de payer.

Le 30 juillet 2009, l'assuré a adressé à Mutuel Assurances un courrier d'opposition à la décision du 3 juillet 2009.

b) Par décision sur opposition du 11 août 2009, Mutuel Assurances (ci-après: la Caisse) a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 3 juillet 2009. Rappelant avoir indiqué par lettre du 16 janvier 2009 à l'assuré que sa démission était arrivée hors délai, information qu'elle avait confirmée à l'assuré par ses courriers des 25 février et 9 avril 2009, elle expose que le volume de demandes arrivant pendant la période de fin d'année représente une lourde tâche pour les services concernés qui ont dû gérer, à fin 2008, l'accueil d'environ 100'000 adhérents et traiter 90'000 dossiers de modifications de contrats et/ou résiliations; malgré l'engagement et la présence de chacun, ainsi que de nombreuses heures supplémentaires, il est effectivement impossible pour ses collaborateurs de traiter en quelques jours seulement ces différents dossiers. Dès lors, la Caisse considère que le courrier de l'assuré, qui est arrivé trop tardivement, a été traité dans un délai raisonnable. Il s'ensuit que par le maintien de son affiliation, l'assuré reste, ainsi que son épouse B.M._____, responsable du paiement de ses primes ainsi que des participations légales conformément aux dispositions prévues à l'art. 3 al. 1 des conditions d'assurance. A ce jour, la poursuite se présente comme suit:

Fr. 1'643.40 pour les primes du premier trimestre 2009 (A.M.____ et B.M.____)

Fr. 80.00 pour les frais d'ouverture de dossier

Fr. 90.00 pour frais de trois sommations

Fr. 1'813.40 total (sans les frais du commandement de payer)

Par ailleurs, durant toute la procédure de recouvrement, cette décision précisait que l'assuré était redevable des frais de poursuite et

d'un intérêt de retard de l'ordre de 5% sur ses primes arriérées, conformément au sort réservé à la créance réclamée.

Au vu de ce qui précède, la Caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision levant l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer n° [...].

C. A.M. _____ a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 27 août 2009. A l'appui de son recours, il expose qu'il ne conteste nullement que son courrier de résiliation soit parvenu hors délai à Mutuel Assurances, expliquant son erreur par le fait qu'un week-end suivait le 28 novembre 2008 et par son ignorance du fait que c'est le jour de réception qui fait foi. En définitive, le recourant estime que le principe de la bonne foi doit prévaloir et que sans nouvelles de la part de Mutuel Assurances avant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats auprès d'I. _____ Assurances, il était fondé à considérer que la résiliation était valable. Il conclut ainsi implicitement à l'annulation de la décision attaquée.

Par réponse du 8 octobre 2009, la Caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 11 août précédent.

Dans sa réplique du 31 octobre 2009, le recourant a répondu à l'argumentation exposée par l'intimée dans sa réponse, sans apporter d'éléments nouveaux.

D. Le 27 novembre 2009, l'intimée a adressé au Tribunal copie d'un courrier du recourant du 17 novembre 2009 dans lequel celui-ci annonce que lui-même et son épouse démissionnent de l'intimée au 31 décembre 2009 et que, pour se prémunir contre le refus de changement de caisse si tout l'arriéré n'est pas réglé, il versera avant le 31 décembre 2009 le montant des primes du premier trimestre qui sont en suspens, sans reconnaissance du prétendu bon droit de l'intimée, tout comme ses versements des primes des trois derniers trimestres.

Dans son courrier du 27 novembre 2009, l'intimée prend acte de la demande de démission du recourant et de son épouse à la fin décembre 2009. Elle prend également acte du fait que le recourant s'est engagé à verser les primes du premier trimestre 2009, et rappelle qu'elle ne sera pas autorisée à admettre la démission des assurés si la totalité du compte des assurés n'est pas soldée. Or il reste à ce jour un solde en sa faveur de 2'610 fr. 35, qui se compose des primes de janvier à mars 2009 (3 x 547 fr. 80, soit 1'643 fr. 40), des frais de sommations (3 x 30 fr., soit 90 fr.), des frais d'ouverture de dossier (80 fr.), des frais de poursuite connus à ce jour (70 fr.), de la prime de décembre 2008 (547 fr. 80) et de la facture de participation n° [...] (179 fr. 15). L'intimée précise encore que si le Tribunal devait donner gain de cause à Mutuel Assurances dans la présente procédure, l. _____ Assurances serait tenue au remboursement intégral des primes qui auraient été payées par les recourants pour l'année 2009.

E. Les parties ont été informées par lettre du 9 décembre 2009 que vu l'état du rôle, la Cour ne serait pas en mesure de statuer avant 2010.

Le 14 décembre 2009, le recourant relève que 10 jours après qu'il a adressé une lettre de résiliation à l'intimée, cette dernière lui a rappelé les conditions à remplir pour que cette résiliation soit admissible; selon lui, ce délai très court montre à quel point il était possible à l'intimée de respecter un délai raisonnable l'an passé pour l'avertir du jour de retard qu'il avait eu alors, plutôt que de ne lui envoyer ce courrier que dans la deuxième quinzaine de janvier. Il se réfère en outre à son courrier de résiliation (daté du 17 novembre 2009) au 31 décembre 2009 et rappelle que celui-ci ne constitue nullement une reconnaissance du prétendu bon droit de l'intimée.

Cette lettre a été transmise pour information à l'intimée.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 *ratione materiae* pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 83c al. 2 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 sur l'organisation judiciaire, RSV 173.01]).

c) Le recours du 27 août 2009 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition du 11 août précédent, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1], laquelle loi est en principe applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]); il est en outre recevable au regard des art. 56 à 60 LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Doit, préalablement à la question de la quotité des redevances réclamées et du bien-fondé de la mainlevée prononcée, être

tranchée la question du maintien de la couverture d'assurance auprès de l'intimée dès le 1^{er} janvier 2009, le recourant faisant valoir qu'il a valablement résilié sa couverture obligatoire pour s'affilier à un autre assureur, *in casu* l. _____ Assurances.

3. a) Aux termes de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (...) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance; (...) dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5).

L'art. 64a al. 4 LAMal prévoit qu'en dérogation à l'art. 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. (...).

Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b *in initio*). Ce principe est consacré à l'art. 3 al. 1 de la loi.

Au regard de la systématique et du but de la loi, la *ratio legis* de l'art. 64a LAMal, spécialement de son alinéa 4, ici topique, est de prohiber par principe toute discontinuité dans l'assurance en cas de changement d'assureur alors qu'il subsiste des primes ou autres redevances impayées, ce en maintenant l'affiliation auprès du premier assureur.

b) A propos du terme de résiliation, il ressort ce qui suit d'un arrêt rendu le 1^{er} décembre 2000 par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 126 V 480 consid. 2e):

"Selon le Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998 concernant la révision partielle de la LAMal, la nouvelle formulation de l'art. 7 al. 2 LAMal vise à permettre aux assurés de changer d'assureur, non plus seulement en cas d'augmentation des primes comme jusqu'ici, mais également lorsque les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral des assurances sociales ne varient pas ou sont inférieures aux précédentes. Il s'est également agi, dans l'esprit du législateur, d'uniformiser la date à laquelle le changement d'assureur peut intervenir, en ce sens que «si les primes sont valables pour le 1^{er} janvier, les assureurs les annoncent pour le 31 octobre au plus tard et les assurés peuvent communiquer leur changement jusqu'au 30 novembre» (FF 1999 753 ss, 767). Il apparaît ainsi qu'en ce qui concerne le principe de soumettre la personne assurée à l'observation d'un délai de préavis d'un mois pour changer d'assureur, le nouvel art. 7 al. 2 LAMal n'a pas introduit de nouveauté par rapport à son ancienne version, son but étant simplement d'instaurer un terme de résiliation unique. Dès lors, en disant que les «assurés peuvent communiquer leur changement d'assureur jusqu'au 30 novembre» (en allemand: «die Versicherten können ihren Wechsel bis zum 30. Nov. mitteilen» [BBI 1999 836]; en italien: «gli assicurati possono comunicare il cambiamento per al 30 nov.» [FF 1999 727]), le législateur témoigne clairement de sa volonté de voir appliquer la théorie de la réception pour computer le délai de préavis d'un mois".

Cette jurisprudence a été confirmée dans un arrêt du 28 juillet 2005 publié à la RAMA 4/2005 n° KV 337 p. 295 (K 26/05), selon lequel la résiliation doit arriver chez l'assureur jusqu'au 30 novembre pour avoir effet à la fin de l'année.

4. a) Tout en ne contestant nullement que son courrier de résiliation soit parvenu hors délai à Mutuel Assurances, le recourant explique son erreur par le fait qu'un week-end suivait le 28 novembre 2008 et par son ignorance du fait que c'est le jour de réception qui fait foi. Il fait en outre valoir qu'il n'a reçu aucun avis de la non-validité de cette résiliation dans un délai adéquat. Ce n'est que le 26 janvier 2009 (lettre pourtant datée du 16 janvier 2009), alors que les nouveaux contrats auprès d'I. _____ Assurances étaient signés et les primes des premiers mois déjà versées, qu'il a reçu un avis de Mutuel Assurances. A plusieurs courriers envoyés à Mutuel Assurances, leur demandant de justifier ce

retard de leur part, le recourant n'a reçu à chaque fois qu'une réponse, généralement plus d'un mois après chacun de ses envois, qui mentionnait exclusivement la résiliation hors délai mais aucune réponse, justification ou excuse pour le retard de la Caisse intimée dans l'annonce de la non-validité de la résiliation. Le recourant indique que les explications données dans la décision sur opposition du 11 août 2009 ne peuvent pas le satisfaire. Estimant que les résiliations arrivées le lendemain du délai légal ne devaient pas être nombreuses et auraient pu et dû être traitées beaucoup plus rapidement, il expose que sans réponse de la part de Mutuel Assurances à la question qu'il estimait fondamentale et qu'il avait posée plusieurs fois, il a décidé de ne pas honorer les décomptes de primes, rappels et sommations reçus (avec des courriers à Mutuel) et de s'opposer à la procédure engagée par cette caisse, tout en précisant qu'il a continué à honorer ses primes et celles de son épouse auprès d'I._____ Assurances, qui est au courant de la situation. En définitive, le recourant estime que le principe de la bonne foi doit prévaloir et que sans nouvelles de la part de Mutuel Assurances avant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats auprès d'I._____ Assurances, il était fondé à considérer que la résiliation était valable.

b) Le recourant reconnaît ainsi lui-même que son courrier portant résiliation de sa couverture (et de celle de son épouse) auprès de Mutuel Assurances est parvenu hors délai à cette dernière. Au regard de la jurisprudence citée ci-avant (cf. supra consid. 3b), la résiliation des assurances-maladie des époux M._____ étant tardive, leur couverture se poursuit pour l'année 2009.

Le fait que le recourant ait pu ou voulu croire être affilié auprès d'un nouvel assureur dès le 1^{er} janvier 2009 est donc d'emblée écarté, et ce quand bien même Mutuel Assurances aurait eu un quelconque retard dans le traitement du dossier en question. En effet, il sied de relever que Mutuel Assurances n'avait pas réellement à attester que la résiliation était tardive directement à la réception de celle-ci. Par ailleurs, l'intimée n'a reçu la confirmation d'affiliation des époux M._____ de la part d'I._____ Assurances qu'en date du 5 janvier 2009 seulement.

En outre, il n'est guère douteux qu'en transmettant un courrier recommandé dans la journée du vendredi 28 novembre 2008, ce courrier ne pouvait parvenir à l'assureur avant le lundi suivant. Le recourant devait donc prévoir que son courrier ne parviendrait pas à l'assureur dans le délai requis, étant précisé que le rabattage médiatique intervenant chaque automne au sujet des changements d'assureurs aborde très souvent ce point. Enfin, l'art. 7 ch. 2 des dispositions complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, édictées par la caisse intimée, prévoit que pour être valables, les demandes de démission doivent parvenir à l'assureur au plus tard le dernier jour du délai de résiliation. Le recourant ne prétend pas ne pas avoir eu connaissance de cette clause, de sorte qu'elle lui est de toute manière opposable.

Il y a par surabondance lieu de souligner qu'en apprenant que les couvertures des assurés n'avaient pas été valablement résiliées auprès de Mutuel assurances, I. _____ Assurances aurait dû, non pas attendre une demande d'annulation de la part des assurés, mais annuler purement et simplement la totalité de la couverture. Or, ceci n'a pas été fait, malgré les courriers de l'intimée. En conséquence, il y a lieu d'admettre que l'affiliation opérée par I. _____ Assurances est nulle et a contribué à induire les assurés en erreur sur leur affiliation, dès le 1^{er} janvier 2009, puis dès le 1^{er} février 2009.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que Mutuel Assurances a valablement maintenu l'affiliation des époux M. _____, au motif de résiliation tardive et que cette affiliation doit être maintenue pour 2009.

5. Subsiste l'examen de la quotité des redevances réclamées et du bien-fondé de la mainlevée prononcée par la Caisse intimée.

Les montants sur lesquels porte la décision querellée sont les suivants:

- Fr. 1'643.40 pour les primes du premier trimestre 2009 (A.M. _____ et B.M. _____)
- Fr. 80.00 pour les frais d'ouverture de dossier
- Fr. 90.00 pour frais de trois sommations
- Fr. 1'813.40 total (sans les frais du commandement de payer)

Ces montants ne sont pas contestés en eux-mêmes. On relèvera cependant que le prélèvement de frais administratifs, notamment pour établir des rappels et des sommations, est prévu par les dispositions d'exécution complémentaire à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (art. 3 ch. 1), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008. Par la décision attaquée, la Caisse intimée réclame au recourant 90 fr. correspondant aux frais induits par trois sommations et 80 fr. au titre de frais d'ouverture de dossier. Ces montants paraissent appropriés compte tenu des circonstances et doivent être confirmés. La Caisse, pas plus que le juge des assurances, n'est en droit de mettre les frais de poursuite à la charge des assurés. De tels frais sont l'accessoire de la créance en poursuite, dont ils suivent le sort (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite, RS 281.1, disposition inchangée par la dernière modification de la LP]; voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de P.-R. Gilliéron; JdT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4). *In casu*, cette règle a été respectée, le montant faisant l'objet de la décision entreprise ne comprenant ni les frais du commandement de payer, ni les frais d'encaissement. Cela étant, la Caisse a expressément attiré l'attention du recourant sur le fait qu'il lui était redevable des frais de poursuite et d'un intérêt moratoire de l'ordre de 5% sur ses primes arriérées, conformément au sort de la créance déduite en justice. La Caisse était en outre fondée à prononcer la mainlevée de l'opposition (cf. ATF 131 V 147 consid. 6.2), ce qui est conforme à l'ordre légal et n'est pas contesté par le recourant.

Vérfié d'office, le calcul effectué par la Caisse n'est infirmé par aucune pièce versée au dossier constitué, de sorte qu'il doit être confirmé. Au reste, il y a lieu d'ajouter que le recourant peut être poursuivi pour le paiement des primes de son épouse et inversement (art. 166 al. 3 CC

[code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210]; cf. TFA K 63/05 du 26 juin 2006, consid. 9).

6. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 août 2009 par Mutuel Assurances est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. A.M. _____,
- Mutuel Assurances,
- 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).

Le greffier :