

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2011

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

X. _____, à La Sarraz, recourant,

et

R. _____, à Martigny, intimée.

Art. 26 al. 1 LPGA; art. 7 et art. 64a LAMal; art. 105b OAMal

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré) était assuré en 2008 et 2009 pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident auprès de la R._____ (ci-après: la caisse), membre du V._____.

Le 24 novembre 2008, la caisse a adressé à l'assuré une facture de 2'161 fr. 80 correspondant aux primes d'assurance dues pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. Le 28 novembre 2008, l'assuré a remis à la Poste suisse une lettre adressée à la caisse, par laquelle il déclarait vouloir résilier son contrat au 31 décembre 2008, en précisant que son nouvel assureur (U._____) devait avoir pris contact avec elle depuis fort longtemps, puisque son sociétariat dans la nouvelle caisse était effectif depuis le 1^{er} janvier 2006. A réception de ce courrier, la caisse y a apposé le timbre humide "REÇU LE 1 DEC 2008 Service courrier".

Le 16 janvier 2009, la caisse a informé l'assuré du fait que la résiliation lui était parvenue tardivement, de sorte que la résiliation allait pouvoir être enregistrée au 31 décembre 2009 seulement, après réception d'une attestation établie par un nouvel assureur.

Le 20 janvier 2009, la caisse a adressé à l'assuré un rappel pour primes impayées pour un montant de 2'171 fr. 80, compte tenu de la facture du 24 novembre 2008 et des frais de rappel par 10 fr. En l'absence de paiement, la caisse a adressé à l'assuré le 19 février 2009 une sommation pour primes impayées d'un montant de 2'191 fr. 80, sur la base de la facture précitée et des frais de sommation par 30 fr. Ces montants n'ont pas été payés.

En date du 18 juin 2009, à la suite d'une réquisition de poursuite formée par la caisse, l'Office des poursuites de l'arrondissement de Cossonay a notifié à l'assuré un commandement de payer portant sur une créance de 2'161 fr. 80, avec intérêt à 5% dès le 20 mai 2009, à

laquelle s'ajoutaient 30 fr. de frais de sommation et 80 fr. de frais d'ouverture de dossier (poursuite n° 5072045). L'assuré y a fait opposition totale.

Par décision du 10 juillet 2009, la caisse a levé l'opposition au commandement de payer et condamné l'assuré au paiement de 2'271 fr. 80, comprenant les primes s'élevant à 2'161 fr. 80, ainsi que les frais d'ouverture de dossier par 80 fr. et les frais de sommation par 30 fr. L'assuré a été rendu attentif au fait qu'il était redevable des frais de poursuite et d'un intérêt de 5% sur le montant des primes arriérées, conformément au sort réservé à la créance.

Le 14 août 2009, l'assuré a formé opposition contre cette décision, soutenant avoir résilié son contrat avec la caisse depuis longtemps et alléguant être assuré auprès d'une autre compagnie d'assurance-maladie.

La caisse a maintenu sa décision initiale, par décision sur opposition du 31 août 2009. Elle a notamment indiqué que la résiliation formée par l'assuré avait été réceptionnée après l'échéance du préavis fixé au 30 novembre 2008 et que ce dernier présentait des arriérés de primes 2008 dont le règlement avait été effectué en février 2009, raison pour laquelle l'affiliation auprès de la caisse avait été maintenue. L'assuré devait ainsi à la caisse un montant de 2'271 fr. 80, plus les frais de poursuite et un intérêt de 5% sur les primes arriérées.

B. Par acte du 27 septembre 2009, X._____ défère cette décision sur opposition au Tribunal cantonal. Il allègue que la caisse tente pour la quatrième année consécutive de lui faire payer des primes d'assurance, alors que pendant tout ce temps il était assuré auprès de U._____. Dans ses conclusions, il fait valoir que la facture de la caisse est injustifiable et qu'il ne doit rien à cette compagnie d'assurance, refuse tout contact avec le V._____, réclame le remboursement des primes qui lui auraient été extorquées au cours des trois dernières années et demande à ce que le statut de caisse maladie soit retiré à la caisse.

Dans sa réponse du 26 novembre 2009, la caisse conclut au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et à ce que le recourant soit débouté de toute autre ou contraire conclusion. Elle soutient que la résiliation formée en novembre 2008 ne pouvait être prise en compte au 31 décembre 2008, car elle avait été formée hors délai et que le compte de l'assuré présentait des impayés, de sorte que l'affiliation de ce dernier auprès de la caisse devait être maintenue pour 2009 et que les primes s'y rapportant étaient dues, tout comme les frais de poursuite.

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 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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 pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par la caisse intimée, la cause est de la

compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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; dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours; en revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé; le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 c. 5.2.1; 125 V 413 c. 1a et les références citées; TF 8C_627/2009 du 8 juin 2010 c. 1.2; cf. également art. 56ss LPGA, 93 LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recourant demande, en substance, l'annulation de la décision sur opposition du 31 août 2009 et la constatation que les montants réclamés par la caisse intimée ne sont pas dus. Il demande ensuite le remboursement des primes payées lors des trois dernières années puis, enfin, le retrait de l'autorisation accordée à la caisse de pratiquer l'assurance-maladie obligatoire.

Ces deux dernières conclusions portent sur des points qui ne font pas l'objet de la décision administrative litigieuse et qui ne sont donc pas recevables dans la présente procédure de recours. La délivrance et le retrait d'une reconnaissance ou d'une autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale relève au demeurant du Département fédéral de l'intérieur (cf. art. 12ss LAMal), dont les décisions ne peuvent pas faire l'objet d'un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, mais au Tribunal administratif fédéral (art. 33 let. d LTAF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral, RS 173.32]). Partant ces conclusions sont irrecevables. Quant à la déclaration du recourant concernant son refus de tout contact avec le V._____, elle ne

peut être interprétée comme une véritable conclusion et constitue plutôt une simple déclaration d'intention de sa part.

3. a) Selon 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 (al. 5, 1^{ère} phrase).

Selon la jurisprudence, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. La déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionne d'une caisse-maladie est un acte juridique unilatéral produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur. La résiliation du contrat d'assurance par l'assuré est un acte formateur (résolutoire) soumis à réception (ATF 126 V 482 c. 2d; TFA K 148/05 du 25 août 2006 c. 4.2; TFA K 105/02 du 28 février 2003 c. 4.1 et les références citées).

b) Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement (al. 2, 1^{ère} phrase). En dérogation à

l'art. 7, 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 (al. 4, 1^{ère} phrase). Le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un retard de paiement (al. 5).

Selon l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 3).

En matière de changement d'assureur en cas de retard de paiement, l'art. 105d OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art.105b al. 1 OAMal.

4. En l'espèce, est litigieux le paiement par le recourant de primes d'assurance-maladie obligatoire dues pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009 ainsi que des frais de sommation et de poursuite en résultant.

a) En ce qui concerne la constatation de l'absence de créance de la caisse intimée, le recourant expose avoir tenté plusieurs années de suite de résilier son contrat d'affiliation le liant à l'intimée. Il ne produit toutefois aucune lettre de résiliation qu'il aurait adressée à la caisse dans le délai légal (art. 7 LAMal) ni aucune attestation d'affiliation à une autre institution pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident. Rien au dossier ne permet de considérer que le contrat le liant à l'intimée avait été résilié valablement avant la fin de l'année 2008.

Quant au premier semestre de l'année 2009, pour lequel les primes litigieuses sont réclamées par l'intimée, cette dernière soutient à juste titre que le contrat la liant à l'assuré en 2008 a été reconduit à défaut de résiliation en temps utile. Elle allègue n'avoir reçu la lettre de résiliation dont se prévaut le recourant que le 1^{er} décembre 2008, soit après l'échéance du délai de préavis fixé au 30 novembre 2008, ce qui ressort d'ailleurs du timbre humide qu'elle a apposé sur cette lettre. Le recourant ne le conteste pas et ne produit aucune pièce de nature à démontrer le contraire. Force est par conséquent de constater que le recourant n'a pas respecté le délai prévu par l'art. 7 LAMal pour annoncer sa volonté de changer d'assureur.

b) Partant, les primes litigieuses - s'élevant à 2'161 fr. 80 - sont dues par le recourant, avec l'intérêt à 5% demandé par l'intimée (art. 26 al. 1 LPGa et 105a OAMal) à compter du 20 mai 2009. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que le recourant n'invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'il doit également supporter les frais administratifs qu'il a occasionnés (art. 105b al. 3 OAMal et art. 3 al. 1 des "Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal" [conditions générales applicables au contrat]). Ceux-ci se composent des frais d'ouverture de dossier par 80 fr. et des frais de sommation par 30 fr.

5. a) Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours dans la mesure où il est recevable.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD ; art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

- II.** La décision sur opposition rendue le 31 août 2009 par la R._____ est confirmée et le recourant X._____ est condamné au paiement de 2'271 fr. 80 (deux mille deux cent septante-et-un francs et huitante centimes), dont 2'168 fr. 80 (deux mille cent soixante-huit francs et huitante centimes) avec intérêt à 5% (cinq pour cent) l'an dès le 20 mai 2009.

- III.** L'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 5072045 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Cossonay est définitivement levée.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- X. _____
- R. _____
- 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 :