

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2012

Présidence de M. JOMINI, juge unique
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

W. _____, à Renens, recourant,

et

X. _____, à Martigny, intimée.

Art. 3, 7 al. 5 et 64a al. 4 LAMal

E n f a i t :

A. La caisse-maladie X._____ (ci-après: X._____) a fait notifier le 3 octobre 2009 à W._____ un commandement de payer n° 5161326 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Lausanne-Ouest, pour un montant de 4'547 fr. 40 (« Primes 02-12.08 LAMal ») plus 110 fr. de frais de l'assurance. Le débiteur a formé opposition totale.

Par une décision du 16 octobre 2009, X._____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 5161326.

W._____ a formé le 15 novembre 2009 opposition à cette décision (opposition auprès de l'assureur, au sens de l'art. 52 LPGA).

X._____ a rendu le 22 décembre 2009 une décision sur opposition confirmant sa première décision. La motivation de cette décision est la suivante :

"Dans un premier temps, nous nous permettons de vous rappeler que vous avez signé une déclaration auprès de notre compagnie en date du 26 mai 1992 pour une entrée en vigueur de votre couverture d'assurance au 1^{er} août 1992. Ce document datant de plus de 10 ans, nous ne sommes malheureusement plus en mesure de vous en fournir une copie.

De plus nous vous informons que votre contrat n'a jamais été résilié mais uniquement suspendu suite aux diverses démarches infructueuses de notre part afin de localiser votre adresse. Votre couverture d'assurance a été remise en vigueur à maintes reprises, ceci sur autorisation puis demande de l'organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accident (OCC). Cet organe est compétent en matière de contrôle de l'obligation d'assurance pour le canton de Vaud.

Enfin, nous vous précisons que le document de la caisse maladie S._____ que vous nous avez transmis n'a pas valeur d'attestation. En effet, celui-ci doit nous être transmis directement pas votre nouvel assureur. Le cas échéant et conformément à notre courrier du 3 juillet 2009, nous vous rappelons qu'un changement d'assureur au 1^{er} janvier 2010 n'est possible qu'après paiement de l'intégralité des primes et/ou des participations arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite avant le 31 décembre 2009".

Le document de la caisse-maladie S._____ est une lettre adressée à W._____ le 30 juin 2009. S._____ confirmait à l'intéressé la « protection d'assurance» et ajoutait : « L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et les assurances complémentaires selon la LCA choisies entrent en vigueur sans réserve, à partir du 1^{er} janvier 2010. Nous attirons votre attention sur le fait qu'un changement d'assureur n'est possible que s'il n'y a pas d'arriérés auprès de l'assureur précédent à la date du changement ».

B. X._____ a fait notifier, le 3 octobre 2009 également, à W._____ un commandement de payer n° 5161329 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de [...], pour un montant de 2'475 fr. 60 (« Primes 01-06.09 LAMal ») plus 200 fr. de frais de l'assurance. Le débiteur a formé opposition totale.

Par une décision du 16 octobre 2009, X._____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 5161329.

W._____ a formé le 15 novembre 2009 opposition à cette décision (opposition auprès de l'assureur, au sens de l'art. 52 LPGA).

X._____ a rendu le 22 décembre 2009 une décision sur opposition confirmant sa première décision. La motivation est identique à celle contenue dans l'autre décision sur opposition rendue le même jour (cf. supra, let. A). La première décision concerne des primes LAMal non payées pour l'année 2008, et la seconde des primes pour l'année 2009.

C. Le 28 janvier 2010, W._____ a adressé à la Cour des assurances sociales un recours contre les deux décisions sur opposition. Il demande implicitement d'être libéré de l'obligation de payer les primes litigieuses, pour 2008 et 2009, en affirmant n'avoir jamais signé de contrat avec X._____ et précisant avoir fait des versements à cette assurance « pour avoir la tranquillité vis-à-vis de [son] employeur ».

Dans son mémoire-réponse du 4 mars 2010, X. _____ conclut au rejet du recours. Elle rappelle notamment que le recourant est affilié auprès d'elle depuis 1992 et que cela n'avait jusque-là fait l'objet d'aucune contestation; il s'est pendant longtemps régulièrement acquitté des primes et il n'a jamais pu fournir de preuve attestant d'une affiliation auprès d'une autre caisse-maladie.

Un délai a été fixé au recourant pour déposer une réplique. Il a renoncé à se déterminer.

E n d r o i t :

1. La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre une décision sur opposition rendue en application des dispositions de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) sur l'assurance obligatoire des soins (art. 1 LAMal, art. 56 al. 1 et 57 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1], art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur le procédure administrative; RSV 173.36]).

Les deux décisions attaquées ont été rendues le même jour; elles concernent toutes deux des primes LAMal non payées et elles sont motivées de manière identique. Il se justifie dès lors de traiter les moyens du recourant dans un seul arrêt. Le recours, quoique sommairement motivé, est recevable à la forme (cf. art. 61 let. b LPGA).

La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr. de sorte que le juge unique est compétent pour statuer (art. 94 al. 1 LPA-VD).

2. Le recourant ne conteste pas véritablement son affiliation, depuis 1992, auprès de l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins. En vertu de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie. En 2008-2009, le recourant

était donc nécessairement assuré dans ce cadre. Il ne prétend pas avoir été affilié auprès d'une autre assurance-maladie entre 1992 et 2009. Quand bien même le dossier ne comporte pas un document prouvant strictement l'affiliation en 1992, l'intimée a rendu suffisamment vraisemblable qu'elle assurait le recourant pendant les périodes litigieuses - de février 2008 à juin 2009 - pour l'assurance obligatoire des soins. Il s'ensuit que les primes étaient dues. Il ne ressort pas du dossier que l'intimée aurait d'une autre manière violé le droit fédéral en exigeant le paiement de ces primes. Le recours est donc mal fondé en tant qu'il vise à la libération de ces dettes.

3. Le recourant manifeste par ailleurs son souhait de « ne plus avoir à faire avec cette compagnie » (à savoir l'assurance intimée).

Compte tenu de l'obligation de s'assurer pour toute personne domiciliée en Suisse (art. 3 LAMal), il ne peut pas être mis fin à l'affiliation auprès d'un assureur sans qu'un nouvel assureur assure l'intéressé. Aussi l'art. 7 al. 5 LAMal prévoit-il, à propos du changement d'assureur, que « 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 ». L'art. 64a al. 4 LAMal dispose en outre que, « 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 ».

Il découle ainsi du droit fédéral que le changement d'assureur est subordonné en principe au paiement des primes et frais litigieux. La Cour de céans doit se borner à rappeler ces règles car, dans le cadre de la présente contestation, elle n'est pas habilitée à statuer sur d'autres questions concernant les relations entre le recourant et sa caisse-maladie, ni du reste à donner des conseils.

4. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des deux décisions attaquées. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice ni d'allouer des dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les décisions sur opposition rendues le 22 décembre 2009 par la caisse-maladie X. _____ sont confirmées.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- W. _____,
- X. _____,
- 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 :