

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juin 2011

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffier             :       Mme     Parel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante

et

**N.**\_\_\_\_\_, à Martigny, intimée

---

**Art. 56 al. 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** U. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a accouché le 16 avril 2009. Un contrôle après accouchement était prévu le 2 juin 2009.

Le 7 mai 2009, l'assurée est allée en consultation à l'hôpital d' [...], en raison, explique-t-elle, de violentes douleurs autour de la cicatrice de sa césarienne. Elle indique que, lors de dite consultation, elle a subi des examens de contrôle usuel, notamment un ultrason, mais qu'aucun traitement n'a été ordonné.

Le 29 juin 2009, N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurance) a adressé à l'assurée une facture de 298.50 fr., dont 36.10 fr. de médicaments, relative à la consultation du 7 mai 2009.

Le 23 juillet 2009, l'assurée a requis de l'assurance la prise en charge des frais médicaux consécutifs à la consultation du 7 mai 2009 à titre d'examen de contrôle et demandé à ce qu'une facture pour les seuls frais de médicaments lui soit envoyée.

Par courrier du 31 juillet 2009, l'assurance a informé l'assurée que les traitements consécutifs à une atteinte à la santé lors d'une grossesse n'étaient pas dispensés de la franchise et/ou de la quote-part.

Le 21 août 2009, l'assurance a envoyé à l'assurée une facture de 308.50 fr. correspondant au montant de la facture initiale du 29 juin 2009, par 298 fr. 50 auquel s'ajoutaient 10 fr. de frais de rappel. Cette facture a été suivie d'une sommation le 18 septembre 2009 de 328.50 fr., soit 298.60 fr., plus 30 fr. de frais de sommation.

Par courrier du 15 novembre 2009, l'assurée a résilié sa police d'assurance avec effet au 31 décembre 2009.

Le 4 décembre 2009, l'assurance a écrit à l'assurée pour lui rappeler les modalités de résiliation, à savoir notamment qu'un changement d'assureur n'était possible qu'après paiement avant l'échéance précitée de l'intégralité des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite.

Le 18 janvier 2010, à la requête de l'assurance, un commandement de payer les sommes de 298 fr. avec intérêt à 5 % des le 20 novembre 2009, 30 fr. de frais de sommation et 80 fr. pour les frais d'ouverture de dossier a été notifié à l'assurée qui a formé opposition totale.

Par décision du 26 janvier 2010, l'assurance a levé l'opposition.

Par courrier du 5 février 2010, elle a confirmé à l'assurée qu'il n'était pas possible d'accepter la résiliation de son contrat d'assurance, faute pour elle de s'être acquittée de l'intégralité de la participation aux coûts arriérée.

Le 15 février 2010, l'assurée a déclaré former opposition à la décision de l'assurance du 5 février 2010 maintenant son affiliation. Elle précisait attendre également une décision de l'assurance concernant son "opposition" du 25 août 2009, une décision concernant l'opposition au commandement de payer et une décision sur le maintien de la couverture d'assurance.

Le 29 mars 2010, l'assurance a répondu que le courrier du 25 août 2009 s'était perdu, qu'elle prendrait à sa charge l'entier des frais relatifs à la consultation du 2 juin 2009 et que, pour le surplus, une décision sur opposition relative aux prestations après accouchement serait rendue prochainement.

**B.** Le 8 avril 2010, l'assurance a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition du 15 février 2010.

Par courrier du 5 mai 2010, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 8 avril 2010 et pour déni de justice ensuite de l'absence de décision sur le maintien de l'affiliation.

Par réponse du 8 juillet 2010, l'assurance a fait valoir que le recours pour déni de justice de l'assurée était infondé, respectivement sans objet, dès lors que, par décision sur opposition du 8 avril 2010, elle avait confirmé à l'assurée le maintien de son affiliation pour le motif que celle-ci ne s'était pas acquittée des frais de participation aux coûts arriérés ainsi que des frais de sommation et de poursuite, et que, pour ne pas entraver le droit d'être entendue de l'assurée, elle lui avait notifié, en date du 6 juillet 2010, une décision formelle se prononçant sur le maintien de son affiliation.

### **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. 56 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).

Satisfaisant aux conditions légales de recevabilité, le présent recours 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). 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).

**2.** Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse; RS 101; ATF 134 I 229 consid. 2.3).

En droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral considère, selon une jurisprudence constante (ATF 125 V 373, consid. 1; voir aussi TF 9C\_441/2010, arrêt du 6 avril 2011, consid. 1), que lorsqu'une décision formelle est rendue par l'assureur alors qu'un recours pour retard injustifié est pendant devant un tribunal cantonal des assurances, ce recours devient sans objet. Tel est le cas en l'espèce, puisque, alors que le présent recours pour déni de justice avait déjà été déposé par la recourante devant la cour de céans, l'intimée a rendu une décision formelle relative au maintien de son affiliation, laquelle a été notifiée à la recourante le 6 juillet 2010. Le recours est donc devenu sans objet, de sorte qu'il y a lieu de rayer la cause du rôle, sans frais ni dépens (art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours formé le 5 mai 2010 par U.\_\_\_\_\_ est sans objet.
- II.** La cause est rayée du rôle.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- U. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains,
- N. \_\_\_\_\_, à Martigny,
- 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: