

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2011

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

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant

et

U. _____, assurance maladie et accident, à [...], intimée

Art. 3 al. 1 et 64a al. 1 LAMal ; 105a et 105b OAMal

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 16 juin 1961, est assuré auprès d'U._____, assurance maladie et accident (ci-après : U._____ ou l'intimée), depuis le 1^{er} janvier 2007 pour l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie. Sa prime trimestrielle s'élève à 609 fr. 75 en 2011. En outre, l'art. 17.1 des conditions générales (CG) d'U._____ stipule ce qui suit :

« L'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGA, la levée de l'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de fr. 10.- et de fr. 30.-. »

Le 17 février 2011, l'assuré a fait l'objet d'un rappel concernant le non paiement de sa prime trimestrielle pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2011. Il lui était demandé le montant de 609 fr. 75 de prime, auquel s'ajoutait un montant de 10 fr. de frais de rappel, soit 619 fr. 75 au total. Le 29 mars 2011, une mise en demeure lui a été adressée pour un montant de 619 fr. 75, auquel s'est additionnée la somme de 30 fr. à titre de frais de mise en demeure.

U._____ ayant procédé, le 29 avril 2011, à une réquisition de poursuite, un commandement de payer (poursuite n° [...]) d'un montant de 609 fr. 75, plus intérêts à 5% dès le 29 mars 2011, et 40 fr. de frais administratifs a été notifié le 10 mai 2011 à l'assuré, qui a fait opposition totale le même jour. Par décision de mainlevée du 24 mai 2011, U._____ a levé l'opposition, constatant que la somme précitée n'avait toujours pas été réglée.

Le 19 juin 2011, l'assuré a fait opposition à cette décision, déclarant être végétarien et refuser au nom de sa liberté individuelle de payer des primes servant entre autres à payer la vivisection.

Par décision sur opposition du 28 juin 2011, U._____ a rejeté l'opposition, retenant notamment que la somme poursuivie n'avait toujours pas été réglée, que la procédure de recouvrement avait été respectée en tous points et que la loi fédérale sur l'assurance-maladie ne connaît pas le statut d'objecteur de conscience.

B. Par acte du 25 juillet 2011, R._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 28 juin 2011, invoquant les mêmes motifs que ceux figurant dans son opposition.

Dans sa réponse du 20 septembre 2011, U._____ a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel les arguments développés dans sa décision sur opposition.

E n d r o i t :

1. 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), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en

temps utile ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 francs, la cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant conteste devoir à l'intimée le montant réclamé à titre de primes, au motif qu'il est végétarien et qu'une part des primes versées servirait à financer la vivisection. Dans la mesure où le recourant conteste le principe même du paiement des primes d'assurance-maladie, il ne saurait être suivi.

En effet, l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 126 V 265, consid. 3b et les références ; cf. également ATF 129 V 159, consid. 2.1). L'obligation de s'affilier à un régime obligatoire d'assurance sociale n'est pas contraire aux principes constitutionnels ou aux droits fondamentaux. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral des assurances a notamment jugé que l'obligation d'assurance n'est d'aucune manière contraire à la liberté de conscience et de croyance garantie par l'art. 15 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), ni à la liberté d'opinion garantie par l'art. 16 Cst, ni à la liberté d'association garantie par l'art. 23 Cst ni à la liberté économique garantie par l'art. 27 Cst (TFA K 138/05 du 25 août 2006 et la jurisprudence citée).

L'obligation de payer des cotisations est la conséquence juridique impérative de l'affiliation à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RAMA 1971, p. 51).

Affilié à U._____, le recourant doit ainsi verser les primes d'assurance-maladie à l'intimée.

3. Le recourant ne conteste pas le montant réclamé, à juste titre.

En effet, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes 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 (art. 64a al. 1 LAMal). Selon l'art. 105b al. 1 et 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), les primes 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, l'assureur 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. Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai impartit, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels. Par ailleurs, les caisses maladie sont habilitées à lever elles-mêmes les oppositions éventuelles aux commandements de payer, par une décision sujette à opposition selon l'art. 52 LPGa (ATF 107 III 60 ; 121 V 109 ; 125 V 266, consid. 6c).

Selon l'art. 105b al. 3 OAMal, 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. En cas de retard dans le paiement des primes, la faute de l'assuré ne peut pas être présumée

(Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse Lausanne 2004, p. 233). Selon la jurisprudence, il y a néanmoins faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (ATF 125 V 276 ; TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003, consid. 6).

En l'espèce, le recourant était affilié auprès d'U. _____ en 2011, soit durant la période pour laquelle les primes litigieuses sont réclamées, à savoir de janvier à mars 2011, ce qui représente un total de 609 fr. 75. Quant à la procédure de recouvrement des primes, elle a été correctement suivie. Le recourant doit par conséquent être reconnu débiteur de ce montant.

En outre, l'art. 17.1 des CG d'U. _____ prévoit que l'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de 10 fr. et de 30 francs. C'est donc à juste titre que l'intimée a mis les frais de rappel et de mise en demeure, pour un total de 40 fr., à la charge du recourant.

Quant aux frais du commandement de payer, qui se montent en l'occurrence à 50 fr., ils suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] ; JT 1979 II 127) et ne font donc, à juste titre, pas l'objet de la décision litigieuse.

Pour le surplus, on relèvera que l'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires, l'art. 105a OAMal stipulant quant à lui que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA précité s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée (selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois) et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre

de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]).

La décision litigieuse, qui fixe des intérêts moratoires de 5% dès le 29 mars 2011, est ainsi conforme au droit.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 28 juin 2011 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 :

- R. _____,
- U. _____, assurance maladie et accident,
- 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 :