

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2013

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

P._____, à Lausanne, recourant,

et

O._____, à [...], intimée.

Art. 3, 61 et 64a LAMal; 90 OAMal; 86 et 87 CO; 79 et 80 LP

E n f a i t :

A. **a)** P. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], est assuré depuis le 1^{er} janvier 2009 auprès d'O. _____ (ci-après: la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, sous la couverture « [...]».

Selon la police d'assurance datée du 24 juin 2010, la prime mensuelle de l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins s'élevait à 176 fr. 60 dès le 1^{er} janvier 2009, avec une franchise de 2'000 francs. L'assuré bénéficiait en outre d'assurances selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après: LCA, RS 221. 229.1), avec un contrat débutant le 1^{er} janvier 2011 et expirant le 31 décembre 2015, pour les assurances complémentaires suivantes:

- [...], par 14 fr. par mois (savoir 16 fr. moins 2 fr. de rabais de combinaison),
- [...], par 26 fr. 60 par mois,
- [...], par 6 fr. par mois (savoir 8 fr. dont à déduire 2 fr. de rabais de combinaison).

Selon la police d'assurance datée du 29 novembre 2010 annulant et remplaçant tout document antérieur, la prime mensuelle de l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins s'élevait à 195 fr. 40 dès le 1^{er} janvier 2011, avec une franchise de 2'500 fr., la redistribution du produit des taxes environnementales à la population, de 4 fr. 05, l'amenant à 191 fr. 35 par mois. Selon cette police, l'assuré bénéficiait d'assurances selon la LCA, avec un contrat débutant le 1^{er} janvier 2011 et expirant le 31 décembre 2015, pour les assurances complémentaires suivantes:

- [...], par 14 fr. par mois (savoir 16 fr. moins 2 fr. de rabais de combinaison),
- [...], par 26 fr. 60 par mois,

- [...], par 6 fr. par mois (savoir 8 fr. dont à déduire 2 fr. de rabais de combinaison).

b) Le 25 novembre 2011, la caisse a adressé à l'assuré un premier rappel, le priant d'acquitter le montant de 144 fr. 85 dans un délai de dix jours, ce montant correspondant à la prime du mois de novembre 2011, par 191 fr. 35, moins un versement de 56 fr. 50 intervenu le 20 octobre 2011, plus frais de rappel par 10 francs.

Le 14 décembre 2011, la caisse a adressé un nouveau rappel à l'assuré, d'un montant de 201 fr. 35, l'invitant à acquitter cette somme dans un délai de dix jours, le montant réclamé comprenant la prime du mois de décembre 2011, par 191 fr. 35, ainsi que des frais de rappel par 10 francs.

Le 30 décembre 2011, la caisse a sommé l'assuré de régler la somme de 376 fr. 20 dans un délai de trente jours, en l'avertissant qu'à défaut de paiement, une poursuite serait engagée à son encontre. Le décompte de la caisse joint à cet envoi était le suivant:

Date	Libellé	Echéance	Débit	Crédit	Solde
19.08.2011	Emission primes du 01.11.2011 au 30.11.2011	01.11.2011	191.35		191.35
19.08.2011	Emission primes du 01.12.2011 au 31.12.2011	01.12.2011	191.35		382.70
21.10.2011	V/pmt. BVR	20.10.2011		56.50	326.20
24.11.2011	Facturation frais rappel	25.11.2011	10.00		336.20
13.12.2011	Facturation frais rappel	14.12.2011	10.00		346.20
29.12.2011	Facturation frais somme	30.12.2011	30.00		376.20

Par courrier du 6 janvier 2012, l'assuré a fait savoir à la caisse qu'il refusait de payer l'assurance complémentaire pour 2011, dans la mesure où il avait demandé à la résilier «avant même qu'elle ne débute». Il précisait que tant que la caisse ne lui aurait pas apporté la preuve de son obligation de s'acquitter des montants des primes complémentaires, il suspendrait les versements concernant les primes de base, puisque la caisse les imputait selon lui à tort à la prime complémentaire.

En réponse à cette correspondance, la caisse a indiqué à l'assuré le 13 janvier 2012 que la démission des catégories complémentaires ([...], [...] et [...]) était acceptée au 31 décembre 2015. Elle précisait que, selon l'art. 9 de ses conditions générales d'assurance pour l'assurance maladie complémentaire au sens de la LCA, le contrat pouvait être dénoncé, après une durée de cinq ans, pour la date d'une échéance de primes, à condition de l'aviser par écrit au moins six mois avant ladite échéance.

Le 31 janvier 2012, la caisse a adressé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites du district de Lausanne. Cette réquisition portait sur les montants suivants:

- 326 fr. 20 plus intérêts à 5% dès le 15 novembre 2011 pour les primes du 1^{er} novembre au 31 décembre 2011,
- 50 fr. de frais administratifs.

L'avance de frais effectuée par la caisse à l'attention de l'Office des poursuites s'élevait à 33 francs.

Le 28 février 2012, un commandement de payer poursuite n° [...] a été notifié à l'assuré par l'Office des poursuites du district de Lausanne, qui y a formé opposition totale le même jour.

Par décision du 22 mars 2012, la caisse a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer poursuite n° [...] d'un montant de 376 fr. 20, en indiquant que le montant dû à ce jour s'élevait à 409 fr. 20 plus intérêts à 5%. Elle a joint un bulletin de versement de ce montant à l'assuré en lui laissant la possibilité de s'en acquitter, avec la précision que dès l'entrée en force de sa décision, la continuation de la poursuite serait demandée.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 avril 2012, en faisant valoir qu'elle était injustifiée, dans la mesure où il s'était entièrement acquitté des montants dus pour les primes LAMal de l'année

2011, expliquant que la caisse avait imputé à tort ses paiements aux redevances d'assurances LCA qu'il avait résiliées par courrier du 9 décembre 2010.

Par décision sur opposition du 17 août 2012, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 22 mars 2012.

B. Par acte du 6 septembre 2012, P. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. En substance, il fait valoir qu'il s'est acquitté de la totalité des primes LAMal pour l'année 2011, que les montants en cause concernent des assurances complémentaires, et qu'il est dès lors légitime qu'il se soit opposé à la réquisition de poursuite et au commandement de payer. Il précise avoir envoyé à plusieurs reprises des courriers à l'intimée, la première fois en décembre 2010, pour s'opposer à la facturation des primes d'assurances complémentaires. Il produit notamment avec son écriture un décompte de l'intimée relatif à l'année 2011, selon lequel le total de sa prime de base LAMal s'est monté à 2'296 fr. 20, et à respectivement 126 fr. pour l'assurance complémentaire [...], à 239 fr. 40 pour l'assurance complémentaire [...] et à 54 fr. pour l'assurance complémentaire [...], les frais de mise en demeure et de rappel s'étant élevés à 80 fr. durant cette année. Il joint en outre un courrier de l'intimée du 26 janvier 2011, l'informant que les catégories complémentaires [...], [...] et [...] sont maintenues au 1^{er} janvier 2011, dès lors que les montants facturés pour ces catégories sont similaires à ceux figurant sur la proposition qu'il a signée le 8 juin 2010.

Dans sa réponse du 10 octobre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose avoir procédé conformément à l'art. 87 CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse, RS 220) en ventilant chaque mois les montants versés par le recourant sur les redevances les plus anciennes, assurances complémentaires comprises. Elle relève en outre qu'avant le 6 janvier 2012, le recourant n'a pas déclaré clairement que ses paiements devaient être imputés aux

redevances de l'assurance de base uniquement, ses précédents courriers ayant seulement pour objet de demander l'annulation du contrat le liant pour les assurances complémentaires. L'intimée précise encore que le solde dû de 499 fr. 40 ne correspond pas uniquement aux frais d'assurances complémentaires, mais au solde des primes LAMal de fin d'année 2011. L'intimée explique enfin que la requête du recourant tendant à la résiliation anticipée de son contrat relevant de la LCA a été refusée, si bien que les primes relatives aux catégories complémentaires ont été facturées à juste titre.

Dans sa réplique du 31 octobre 2012, le recourant explique avoir acquitté l'entier de ses primes LAMal 2011, en précisant ne pas avoir utilisé les bulletins de versement incluant les frais de rappel, dans la mesure où il estimait que ces montants n'étaient pas dus. Il fait valoir qu'il n'a jamais valablement contracté d'assurances complémentaires auprès de l'intimée, qu'il a dès lors indiqué qu'il ne verserait aucun montant pour ces primes [d'assurances complémentaires], et que la question centrale revient à déterminer si le contrat d'assurance complémentaire est valable.

Par duplique du 23 novembre 2012, l'intimée a maintenu sa position. Bien que la question de l'annulation du contrat d'assurances complémentaires relève de la LCA et ne fasse pas l'objet de la présente procédure, elle a expliqué que les délais et motifs de résiliation étaient différents entre les contrats relevant de la LAMal et ceux relevant de la LCA, cette dernière ne prévoyant pas de délai de résiliation extraordinaire en cas d'augmentation des primes de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. La caisse a encore souligné que la police envoyée au recourant le 24 juin 2010 était en tout point conforme à la proposition qu'il lui avait adressée. Avec sa duplique, l'intimée a notamment produit une lettre du recourant du 24 novembre 2010, qui indiquait avoir eu le «déplaisir» de constater à la suite de la communication des primes 2011 une augmentation des primes de son assurance de base de 60 fr. environ. Dans ces conditions, il ne pouvait se permettre de contracter des assurances complémentaires et souhaitait donc annuler son contrat. Elle a encore produit un courrier du recourant du 22 décembre 2010, dans lequel

ce dernier expliquait qu'il ne s'acquitterait d'aucune somme en relation avec les catégories complémentaires, estimant que son assurance de base et ses assurances complémentaires lui avaient été présentées de manière globale, si bien qu'il considérait que le contrat était nul puisque ses primes [de l'assurance obligatoire des soins] avaient augmenté de 30%.

Par déterminations du 17 décembre 2012, le recourant fait valoir que dans son courrier du 22 décembre 2010, il a annoncé qu'il ne s'acquitterait d'aucune somme en relation avec les catégories complémentaires, en déduisant que l'intimée a ventilé ses versements contre sa volonté depuis le début de l'année 2011. Il relève encore que la police du 24 juin 2010 ne lui est pas parvenue et maintient ses conclusions.

Dans ses observations du 8 janvier 2013, l'intimée a renvoyé à ses écritures des 10 octobre et 23 novembre 2012.

E n d r o i t :

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

b) Le recours du 6 septembre 2012 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition 17 août précédent (art. 60 al. 1 LPGA, laquelle loi est en principe applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal); il est en outre recevable au regard des art. 56 à 60 LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

c) Cela étant, il apparaît que le recourant conteste également avoir valablement souscrit des assurances complémentaires auprès de l'intimée. Dans cette mesure, le litige porte ainsi sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale et relève de dispositions de droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la LCA, et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal).

Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV: 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA telles que les assurances [...], [...] et [...]. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1^{er} janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette Cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106).

Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont de la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est donc plus compétente s'agissant des questions relatives aux assurances complémentaires du recourant.

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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid 2.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le paiement par le recourant d'un montant de 376 fr. 20 que lui réclame l'intimée pour défaut de paiement de primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins, correspondant à la prime du mois de décembre 2011 par 191 fr. 35, celle de novembre 2011, du même montant, dont à déduire un versement de 56 fr. 50, ainsi que des frais de rappel par 20 fr. et des frais de sommation par 30 francs.

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 266 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), ils prévoient les personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal).

Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art.

61 ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (art. 105b OAMal jusqu'au 31 décembre 2011; art. 64a LAMal dès le 1^{er} janvier 2012 applicable *ratione temporis*, cf. TFA K 88/05 du 1^{er} septembre 2006, consid. 2 et les références). Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite, RS 281.1), auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (RAMA 2004 n° KV 306 p. 465 consid. 5.3.1 et 5.3.2).

b) La notion d'imputation au sens de l'art. 86 CO est au centre du litige.

Aux termes de l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2).

Cette disposition légale est applicable en matière de cotisations aux assurances sociales (SVR 2000 AHV n° 13 p. 43 consid. 2 et la référence). En ce qui concerne l'imputation par le débiteur (art. 86 al. 1 CO), celui-ci exerce son choix par une déclaration, soit par un acte juridique unilatéral soumis à réception. Cette déclaration interviendra normalement lors du paiement (art. 86 al. 1 CO), mais peut aussi intervenir avant celui-ci; le débiteur peut également se réserver le droit d'une détermination ultérieure. Il appartient au débiteur d'établir l'existence d'une déclaration d'imputation de sa part et sa conformité avec la prestation litigieuse (voir Denis Loertscher, Commentaire romand, Code des obligations I, n° 5 et 9 ad art. 86 CO; Urs Leu, Basler Kommentar zum

Schweizerischen Privatrecht, Obligationenrecht I, 3^e édition, n° 3 et 5 ad art. 86 CO; TF K 89/04 du 18 mai 2005, consid. 4.1).

L'art. 87 al. 1 CO prévoit que lorsqu'il n'existe pas de déclaration valable, ou que la quittance ne porte aucune imputation, le paiement s'impute sur la dette exigible; si plusieurs dettes sont exigibles, sur celle qui a donné lieu aux premières poursuites contre le débiteur; s'il n'y a pas eu de poursuites, sur la dette échue la première.

4. Le recourant ne conteste pas avoir été invité à payer les primes réclamées. Il n'est pas non plus contesté qu'il a modifié les bulletins de versement qui lui ont été adressés par l'intimée, en versant des montants inférieurs à ceux réclamés. Il soutient en effet qu'il n'entendait plus payer les assurances complémentaires et qu'il a dès lors uniquement versé les primes relatives à l'assurance obligatoire des soins.

Pour lui, le fait qu'il ait écrit en décembre 2010 à l'intimée qu'il ne s'acquitterait plus d'aucune somme en relation avec les catégories complémentaires constitue une déclaration d'imputation en faveur des dettes correspondant aux primes de l'assurance obligatoire des soins.

Or il apparaît selon le décompte 2011 de l'intimée qu'à compter du 1^{er} janvier 2011, et jusqu'au 30 septembre 2011, le recourant s'est acquitté tous les mois d'un montant de 169 fr. 80, soit un montant inférieur à la prime due pour la seule assurance obligatoire des soins, qui s'élève à 191 fr. 35 par mois. S'il est exact que le recourant a versé le 20 octobre 2011 une somme de 258 fr. 60, il ne s'est ensuite plus acquitté des primes des mois de novembre et décembre 2011.

Il apparaît ainsi que le recourant n'a pas versé l'entier des montants dus au titre de l'assurance obligatoire des soins à l'intimée. Il faut encore constater que si le recourant a laissé entendre en décembre 2010 qu'il n'acquitterait pas les primes relatives à ses assurances complémentaires LCA, ses paiements d'un montant inférieur à celui prévu pour la seule prime mensuelle LAMal ne pouvaient être reconnaissables

par la caisse. Or faute d'être reconnaissable par la caisse, par exemple par une communication écrite, l'imputation par le recourant des montants versés sur sa dette de cotisations ne déploie aucun effet (Loertscher, op. cit., n° 5 ad art. 86 CO).

5. Subsiste l'examen du montant réclamé et du bien-fondé de la mainlevée prononcée par l'intimée.

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

- 191 fr. 35 pour les primes des mois de novembre et décembre 2011, dont à déduire un versement de 56 fr. 50
- 20 fr. de frais de rappel (soit deux rappels d'un montant de 10 fr.)
- 30 fr. pour les frais de sommation

Soit un total de 376 fr. 20 (sans les frais du commandement de payer).

Ces montants ne sont pas contestés en eux-mêmes. Par la décision attaquée, la caisse intimée réclame au recourant 30 fr. de frais de sommation et 20 fr. de rappel. 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; voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de P.-R. Gilliéron; JdT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 5/2003 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, l'intimée 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 5% sur ses primes arriérées, conformément au sort de la créance déduite en justice. L'intimée 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.

Vérifié 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.

6. En définitive, le recours, 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,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours, en tant qu'il est recevable, est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 17 août 2012 par O._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- P._____,
- O._____,
- 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 :