

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 novembre 2013

---

Présidence de      Mme      DESSAUX, juge unique  
Greffier            :      Mme      Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**O.**\_\_\_\_\_, Caisse maladie et accident, à Pully, intimée.

---

**Art. 3 al. 1, 7, 64a et 65 al. 1 LAMal; 105a, 105b et 105l OAMal**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1957, est affiliée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996 auprès d'O.\_\_\_\_\_ pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), risque accident inclus. Le montant de la prime mensuelle nette pour l'année 2012 s'élevait à 361 fr. 20, l'assurée étant en outre au bénéfice d'une franchise annuelle de 300 fr. (police n° 271 533).

**a)** Le 17 novembre 2012, après un rappel et une mise en demeure, O.\_\_\_\_\_ a obtenu la notification à l'assurée du commandement de payer n° 6418059 de l'Office des poursuites du district de Morges pour un montant de 1'083 fr. 60, plus intérêts à 5% dès le 1<sup>er</sup> août 2012, représentant les primes échues des mois de juillet à septembre 2012, ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 50 francs. L'assurée a formé opposition totale.

Par décision du 27 décembre 2012, O.\_\_\_\_\_ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 6418059 et a invité l'assurée à s'acquitter du montant de 1'206 fr. 60, avec intérêt à 5%, dans un délai de trente jours.

**b)** Le 13 février 2013, après un rappel et une mise en demeure, O.\_\_\_\_\_ a obtenu la notification à l'assurée du commandement de payer n° 6514566 de l'Office des poursuites du district de Morges pour un montant de 1'083 fr. 60, plus intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, représentant les primes échues des mois d'octobre à décembre 2012, ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 50 francs. L'assurée a formé opposition totale.

Par décision du 22 avril 2013, O.\_\_\_\_\_ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 6514566 et a invité l'assurée à

s'acquitter du montant de 1'206 fr. 60, avec intérêt à 5%, dans un délai de trente jours.

**c)** Les 4 février 2013 et 29 mai 2013, l'assurée a formé opposition contre les deux décisions précitées (opposition auprès de l'assureur, au sens de l'art. 52 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Elle s'est bornée à déclarer qu'elle contestait le principe et la quotité des primes, ainsi que les frais et intérêts. Elle s'est en outre prévalu de la résiliation de son contrat d'assurance avec effet au 31 décembre 2006.

Par décision sur opposition du 11 juin 2013, distribuée le 19 juin 2013, O.\_\_\_\_\_, Service Contentieux, a rejeté les oppositions formées par l'assurée, l'assurance étant autorisée à requérir la continuation des poursuites n° 6418059 et n° 6514566 pour le montant total de 2'267 fr. 20, frais de poursuite non compris, plus intérêts à 5% l'an sur le montant de 1'083 fr. 60 dès le 1<sup>er</sup> août 2012 et de 1'083 fr. 60 dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012.

Dans la motivation, O.\_\_\_\_\_ a en substance retenu que l'assurée était valablement affiliée auprès d'elle depuis l'année 1996, bénéficiant en 2012 de la catégorie d'assurance Basis (assurance obligatoire des soins, risque accident inclus) avec une franchise de 300 fr. (police n° 271 533). Elle devait par conséquent s'acquitter des primes mensuelles pour les mois de juillet à décembre 2012. Les poursuites n° 6418059 et n° 6514566 ont été engagées dès lors que l'assurée n'avait pas payé les montants réclamés malgré rappels et mises en demeure.

**B.** Par acte déposé le 20 août 2013, N.\_\_\_\_\_ a déclaré recourir contre la décision sur opposition précitée. Elle a joint à son recours la copie des oppositions qu'elle avait formulées auprès d'O.\_\_\_\_\_ les 4 février et 29 mai 2013. La recourante expose avoir résilié sa police d'assurance-maladie auprès d'O.\_\_\_\_\_ le 31 décembre 2006 déjà, tout en ajoutant n'avoir ni fortune, ni revenu de sorte qu'elle ne pourrait assumer elle-même le paiement de ses primes.

Le 23 août 2013, la juge instructeur a demandé à la recourante de lui faire parvenir la décision contre laquelle elle recourait. Dans ce courrier, la recourante a également été informée que, dans l'hypothèse où la décision litigieuse portait sur un litige similaire à celui des causes déjà enregistrées auprès de la cour de céans (cf. AM 35/12 et AM 1/13), il serait statué sous la forme d'une décision sommairement motivée, conformément à l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36).

Le 12 septembre 2013, O. \_\_\_\_\_ a été invitée à produire son dossier. Il n'a pas été demandé de réponse à ce stade.

Par courrier du 30 septembre 2013, la recourante a été invitée à venir consulter le dossier produit par l'assurance et à déposer ses éventuelles déterminations. Elle a aussi été avisée qu'il serait fait en l'espèce application de l'art. 82 LPA-VD. La recourante n'a pas déposé de déterminations à ce jour.

### **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 LAMal (art. 1 al. 1 LAMal; art. 56 al. 1 LPGA). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

**b)** La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La recourante affirme tout d'abord avoir résilié son contrat d'assurance (police n° 271'533) la liant avec O. \_\_\_\_\_ pour fin décembre 2006 déjà. Elle ne serait ainsi plus être redevable des primes, de frais ou d'intérêts, qu'elle conteste dans leur principe et leur quotité.

**a)** A teneur de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4; TF 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1). L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1, première phrase, LAMal).

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, première phrase).

Dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, applicable en l'espèce (cf. TFA K 88/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006 consid. 2 et les références), l'art. 64a al. 1 LAMal dispose que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première 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 et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase).

Suivant l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 applicable en l'espèce (cf. TFA K 88/05 cité), l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2).

L'art. 105l OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal.

**b)** En l'espèce, la recourante expose dans son courrier du 20 août 2013 avoir résilié son contrat avec l'intimée à fin décembre 2006 déjà. On constate cependant que l'intéressée ne produit aucune lettre de résiliation qu'elle aurait adressée à l'intimée dans le délai légal, ni aucune attestation d'affiliation à une autre institution pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Rien au dossier ne permet de considérer que le contrat la liant à l'intimée aurait ainsi été valablement résilié avant la fin de l'année 2011. L'assurée ne produisant aucune preuve de ses allégations, il convient d'admettre que le contrat est resté valable pour l'année 2012, faute pour l'intéressée d'avoir fait parvenir une résiliation à l'intimée avant le 30 novembre 2011, d'une part, et en l'absence de toute attestation d'assurance auprès d'une autre assurance-maladie, d'autre part.

Cela étant, les primes litigieuses – s'élevant à 1'083 fr. 60 pour les mois de juillet à septembre 2012 et au même montant pour le quatrième trimestre de 2012 – sont dues par la recourante, avec l'intérêt à 5% demandé par l'intimée (art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal), à compter respectivement du 1<sup>er</sup> août 2012 et du 1<sup>er</sup> novembre 2012. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que la recourante n'invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'elle doit également supporter les frais administratifs qu'elle a occasionnés (art. 105b al. 2 OAMal et art. 17.1 des "Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal"). Ceux-ci se composent de frais de rappel et de mise en demeure par 50 fr. pour chacune des deux procédures d'exécution forcée.

Ainsi, chacune des deux procédures de recouvrement a été régulièrement conduite, selon les dispositions topiques applicables. Quant aux frais administratifs et aux intérêts de retard, ils se fondent chacun sur la base légale y afférent, leur calcul ne prêtant au demeurant pas le flanc à la critique.

**3.** La recourante invoque aussi sa situation financière difficile pour justifier le non-paiement des primes litigieuses, arguant que lesdites primes, vu son absence de fortune et de revenu, doivent être prises en charge par le biais de subsides.

**a)** Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Selon la jurisprudence, les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 p. 207, et les références). Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue – totalement ou partiellement – à l'assuré pour le paiement de ses primes, sous réserve de l'hypothèse – exceptionnelle et non réalisée en l'espèce – où le subside est versé

directement à l'assuré. S'il ne bénéficie plus d'un tel subside, que ce soit à titre provisoire – dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside – ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (TF K 13/06 du 29 juin 2007, consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour remédier à cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal; Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (art. 90 al. 1 et 4 OAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (cf. RAMA 2006 p. 325 consid. 5.2.1, TFA K 72/05 du 14 août 2006, et RSAS 2003 p. 545 consid. 3.2, TFA K 18/03 du 16 mai 2003).

**b)** En l'occurrence, en l'absence du versement effectif d'un subside à la couverture des primes de l'assurance-maladie pour l'année 2012, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral, dès lors qu'elle n'a pas à tenir compte au moment de prélever les primes de l'existence d'une éventuelle procédure en cours d'octroi de subside à l'assurance-maladie, élément qui reste en l'espèce à l'état d'allégué.

**4. a)** Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** La procédure étant en principe gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 juin 2013 par O.\_\_\_\_\_, Assurance maladie et accident, est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme N.\_\_\_\_\_,
- O.\_\_\_\_\_, 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 :