

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juillet 2017

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

Y. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 26 LPGA ; art. 7 et 64a LAMal ; art. 105b OAMal.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, était affilié auprès d'Y._____ [...] (ci-après : Y._____) pour l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) sous le numéro de police [...], avec une franchise annuelle de 2'500 francs. Le montant des primes pour l'année 2016 s'élevait à 263 fr. 30 par mois.

Le 16 novembre 2015, l'assuré a adressé à Y._____ un courrier recommandé indiquant qu'il résiliait son contrat d'assurance avec effet « *au plus vite* » et qu'une attestation d'assurance serait prochainement transmise par son nouvel assureur.

Par correspondance du 23 novembre 2015, Y._____ a écrit à l'assuré ce qui suit :

"Nous vous confirmons que la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins (LAMal) est acceptée pour le 31.12.2015.

Toutefois, conformément aux dispositions légales en vigueur, 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 et à la condition que les primes ou participations aux coûts, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais de poursuite, soient intégralement acquittés."

Le 26 février 2016, Y._____ a envoyé à l'assuré un « *Rappel LAMal* » portant sur un montant de 526 fr. 60, correspondant aux primes dues pour les mois de janvier et février 2016.

Le 15 mars 2016, Y._____ a fait parvenir à l'intéressé un « *Rappel LAMal* » à concurrence d'un montant de 273 fr. 30, équivalant à la prime due pour le mois de mars 2016 et à un montant de 10 fr. facturé pour les frais de rappel.

Le 16 mars 2016, la caisse-maladie R._____ a transmis à Y._____ une attestation confirmant l'affiliation d'A._____ auprès de

celle-là pour l'assurance obligatoire des soins à compter du 1^{er} janvier 2016.

Le 30 mars 2016, Y._____ a adressé à l'assuré une mise en demeure à concurrence d'un montant de 829 fr. 90, correspondant aux primes de janvier à mars 2016 (789 fr. 90) et aux frais de rappel (10 fr.) et de sommation (30 fr.) induits par le retard de paiement de l'intéressé. Un délai de trente jours lui était imparti pour s'exécuter, faute de quoi une poursuite serait engagée.

Aux termes d'un courrier du 1^{er} avril 2016, Y._____ a expliqué à la caisse-maladie R._____ que l'attestation envoyée par celle-ci ne lui était parvenue qu'en date du 17 mars 2016, de sorte que la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins pour la police n° [...] était enregistrée avec effet au 31 mars 2016. Aussi la caisse-maladie R._____ était-elle invitée à reporter la date d'entrée en vigueur de son propre contrat d'assurance avec l'intéressé.

Le 26 avril 2016, la caisse-maladie R._____ a communiqué à Y._____ une nouvelle attestation d'assurance concernant l'assuré, avec une couverture prenant désormais effet au 1^{er} avril 2016.

Le 29 avril 2016, Y._____ a adressé à l'Office des poursuites du district de [...] une réquisition de poursuite à l'encontre de l'assuré pour un montant de 789 fr. 90 avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} février 2016, correspondant aux primes de janvier à mars 2016, plus 40 fr. de frais administratifs.

L'assuré a fait opposition totale au commandement de payer y relatif (n° [...]) qui lui a été notifié le 3 mai 2016, portant sur les montants précités plus 53 fr. 30 de frais de poursuite et 5 fr. de frais d'encaissement.

Par décision du 10 juin 2016, Y._____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...].

Par acte du 29 juin 2016, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il a fait valoir, pour l'essentiel, qu'il avait résilié son contrat d'assurance avec Y. _____ le 16 novembre 2015 et qu'il bénéficiait d'une nouvelle assurance depuis janvier 2016, pour laquelle il avait payé les primes dues depuis le début de l'année.

Dans une correspondance du 8 juillet 2016 à l'attention de l'assuré, Y. _____ a exposé que la résiliation des rapports d'assurance avait été enregistrée au 31 mars 2016, dès lors que l'attestation de la nouvelle caisse de l'intéressé n'avait été réceptionnée que le 17 mars 2016. Y. _____ a ajouté qu'il appartenait au nouvel assureur de rembourser à l'assuré les primes versées à tort et de réparer l'éventuel dommage subi du fait de cette transmission tardive, en particulier la différence de prime. Finalement, un délai au 31 juillet 2016 était imparti à A. _____ pour s'acquitter des montants dus.

Par décision sur opposition du 26 septembre 2016, Y. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 29 juin précédent, estimant être fondée à requérir la continuation de la poursuite n° [...] pour le montant de 829 fr. 90, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5 % sur le montant de 789 fr. 90 dès le 1^{er} février 2016. En substance, Y. _____ a souligné que ce n'était pas la résiliation de l'assuré qui faisait défaut mais l'attestation de sa nouvelle caisse, document qui ne lui était parvenu que le 17 mars 2016 ; pour le surplus, elle a repris les explications déjà apportées dans son courrier du 8 juillet 2016.

B. A. _____ a recouru le 24 octobre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, il fait valoir qu'il a résilié son contrat avec l'intimée le 16 novembre 2015, dans les délais, sans dettes et conformément aux lois. Il ajoute qu'il a reçu son certificat d'assurance de son nouvel assureur R. _____ le 4 décembre 2015, ainsi que son contrat d'assurance et sa carte d'assuré valable dès le 1^{er} janvier 2016. Enfin, il souligne s'être

acquitté en temps voulu des primes de janvier, février et mars 2016 auprès de R._____. A son recours, il joint divers justificatifs concernant la résiliation de son contrat d'assurance auprès d'Y._____ et son adhésion auprès de R._____.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 16 novembre 2016. Pour l'essentiel, elle maintient l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. De surcroît, elle relève que la procédure de recouvrement a été respectée.

Par réplique du 5 décembre 2016, le recourant soutient que l'intimée reconnaît la validité de la résiliation intervenue le 16 novembre 2015 et que « *[r]ésilier un contrat, c'est y mettre fin* ». Il évoque en outre la possibilité pour Y._____ de s'adresser directement à R._____ pour résoudre le litige.

Dupliquant le 12 décembre 2016, l'intimée confirme sa position. Elle souligne en particulier que la résiliation de la police d'assurance n'a jamais été contestée mais que le contentieux repose uniquement sur l'annonce tardive du nouvel assureur du recourant, annonce dont Y._____ n'est pas responsable.

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, sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière au fond.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par l'intimée, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'intimée était fondée à réclamer les primes d'assurance de janvier à mars 2016 et à lever l'opposition formée par le recourant à l'encontre du commandement de payer notifié dans le cadre de la poursuite n° [...].

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (cf. ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal).

b) En vertu de 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. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5).

Selon la jurisprudence développée en lien avec cette disposition (cf. ATF 130 V 448 consid. 4), en cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire, une double assurance est exclue, de sorte que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débuter lorsque l'ancien prend fin. En cas de communication tardive, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive est parvenue à l'assureur précédent (cf. ATF 127 V 38 ; cf. TF 9C_229/2011 du 30 novembre 2011 consid. 3.3).

c) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a résilié sa couverture d'assurance auprès d'Y._____ le 16 novembre 2015, avec effet « *au plus vite* ».

L'adhésion d'A._____ à R._____ n'a toutefois été portée à la connaissance d'Y._____ que par communication de celle-là du 16 mars 2016, parvenue à l'intimée le lendemain. Partant, conformément à la jurisprudence évoquée plus haut (cf. consid. 3b supra, en particulier ATF 127 V 38), Y._____ n'avait d'autre choix que d'éteindre le rapport d'assurance litigieux au 30 mars 2016, soit à la fin du mois au cours duquel l'information tardive lui était parvenue ; du reste, l'intimée avait

d'emblée attiré l'attention de l'assuré sur cette éventualité dans son courrier du 23 novembre 2015, indiquant en particulier que « [...] conformément aux dispositions légales en vigueur, 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 [...] ». Il suit de là qu'Y._____ était corrélativement légitimée à percevoir des primes de la part du recourant jusqu'au terme du rapport d'assurance, à savoir pour les mois de janvier à mars 2016. La position de l'intimée échappe ainsi à la critique et l'argumentation du recourant ne peut, quant à elle, qu'être réfutée.

Par surabondance, la Cour relèvera encore que les rapports juridiques entre l'assuré et R._____ - en particulier quant aux primes versées par l'intéressé à cette dernière assurance entre janvier et mars 2016 - sont étrangers à l'objet du présent litige (cf. consid. 2b supra). Tout au plus sera-t-il renvoyé à l'art. 7 al. 5 LAMal, qui prévoit notamment que lorsque le nouvel assureur omet d'effectuer la communication idoine au précédent assureur, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (cf. consid. 3b supra) ; de cette disposition, il ressort notamment que ce n'est pas à Y._____ de s'arranger directement auprès de R._____, contrairement à ce que le recourant soutient (cf. réplique du 5 décembre 2016).

Sur le principe, la créance d'Y._____ à l'encontre d'A._____ apparaît donc bien fondée.

4. a) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 5 let. f LSAMal [loi

fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1) (cf. TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1).

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 (cf. art. 64a al. 1 LAMal). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (art. 64a al. 2 phr. 1 LAMal). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition au commandement de payer agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (cf. art. 79 phr. 1 LP). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut donc choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit (cf. ATF 134 III 115 consid. 4.1 ; cf. également TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1 et 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (cf. art. 79 phr. 2 LP ; cf. ATF 134 III 115 consid. 4.1.2 ; cf. TF 9C_414/2015 précité loc. cit.).

L'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) prévoit qu'en cas de non-paiement par l'assuré des primes et des participations aux coûts, l'assureur envoie la

sommatation dans les trois mois qui suivent leur exigibilité ; il l'adresse séparément de toute sommatation 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 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 (al. 2). Les frais de rappel, respectivement de dossier, constituent l'accessoire de la créance ; selon la jurisprudence, l'assureur ne peut les mettre à la charge de l'assuré qu'à la double condition que cette mesure soit prévue par les conditions générales d'assurance et qu'il y ait faute de la part de l'intéressé (cf. ATF 125 V 276). Il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige l'assureur à lui adresser des rappels l'exhortant à s'acquitter de ses cotisations (cf. TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6 in fine).

b) L'art. 26 al. 1 phr. 1 LPGA dispose que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année (cf. art. 105a OAMal). Le *dies a quo* de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11], étant précisé que les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois (cf. art. 90 al. 1 OAMal). La perception d'intérêts moratoires sur les primes échues est impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'art. 26 al. 1 phr. 2 LPGA qui dispose que le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions (à l'intérêt moratoire de 5 %) pour les créances modestes ou échues depuis peu. Or, aucune exception fondée sur cette disposition n'ayant été prévue par cette autorité dans le cadre de l'OAMal, on doit en déduire qu'en matière assurance-maladie, l'assureur ne peut renoncer à la perception d'intérêts moratoires pour les primes échues.

c) Au cas particulier, on rappellera tout d'abord que les primes litigieuses (d'un montant total de 789 fr. 90 [soit 263 fr. 30 pour janvier

2016, 263 fr. 30 pour février 2016 et 263 fr. 30 pour mars 2016]) – impayées à la date déterminante de la décision attaquée – sont dues par le recourant (cf. consid. 3c supra).

Du point de vue de la procédure de recouvrement, il appert en outre qu'Y. _____ a adressé à l'assuré des rappels écrits pour les primes impayées, puis une sommation impartissant à l'intéressé un délai de trente jours pour s'acquitter des montants réclamés et l'informant des conséquences d'un retard de paiement. Faute pour le recourant de s'être acquitté des sommes dues dans le délai imparti, l'intimée lui a ensuite fait notifier un commandement de payer pour un montant 789 fr. 90, avec intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 1^{er} février 2016, auquel s'ajoutaient des frais administratifs, par 40 francs. L'intimée a ainsi respecté la procédure prévue à l'art. 64a LAMal, ce que l'intéressé ne conteste d'ailleurs pas.

Quant aux frais administratifs réclamés, les conditions cumulatives autorisant leur perception sont réalisées en l'occurrence. D'une part, les primes litigieuses ont fait l'objet de rappels et d'une sommation qui auraient pu être évités si l'intéressé s'était acquitté de son dû en temps opportun. D'autre part, l'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* », en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013 (cf. [https://fr. \[... \]](https://fr. [...])), précise 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. Le montant de 40 fr. revendiqué à titre de frais administratifs n'apparaît par ailleurs ni disproportionné, ni arbitraire dans la mesure où l'intimée a dû procéder à deux rappels, suivis d'une sommation, afin de requérir le paiement des primes en cause.

S'agissant des intérêts moratoires réclamés sur les primes échues pour les mois de janvier à mars 2016, leur perception est impérative (cf. consid. 4c supra) et peut donc être confirmée telle que revendiquée par l'intimée, soit dès le 1^{er} février 2016, échéance moyenne.

On rappellera enfin que les frais de poursuite suivent le sort de celle-ci (cf. art. 68 LP ; cf. RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4 ; cf. également JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron ; cf. JdT 1979 II 127) ; il n'appartient donc pas au juge des assurances sociales de statuer à leur propos.

d) La totalité de la prétention de l'intimée étant fondée, c'est à bon droit que l'opposition formée par le recourant au commandement de payer n° [...] a été levée.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. L'opposition au commandement de payer formée par le recourant dans le cadre de la poursuite n° [...] est ainsi levée.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). Le recourant, au demeurant non assisté, n'obtient pas gain de cause et n'a dès lors pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Quant à l'intimée, en sa qualité d'assureur social, elle ne peut davantage prétendre à une allocation de dépens (cf. ATF 128 V 323).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2016 par [...] [...]A est confirmée, en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est levée.

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 :

- A. _____,
- Y. _____ [...],
- 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 :