

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2018

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

N. _____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 27 LPGA ; art. 8 al. 1 et 9 LAMal ; art. 11 OAMal ; art. 82 LPA-
VD**

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) s'est affilié auprès de la société N._____ SA (ci-après : N._____ SA ou l'intimée) à partir du 1^{er} mars 2001 pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

A la suite de la cessation de son activité de conseiller auprès de la société P._____ Assurances, un courrier daté du 22 mars 2001 a été adressé à X._____ au chemin [...] à [...] par N._____ SA. On en extrait ce qui suit :

« D'autre part, nous vous rendons attentif au fait que nous avons inclus le risque accident sur votre assurance obligatoire des soins. A cet égard, nous vous rappelons que conformément à la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Nous vous laissons donc le soin, le cas échéant, de nous faire parvenir le formulaire ci-joint, dûment attesté par votre nouvel employeur ou une copie du décompte mensuel de l'assurance-chômage. Dès réception de l'un de ces documents, nous serons en mesure de modifier votre contrat en y supprimant la couverture accident. »

Par courrier du 25 février 2006 adressé à N._____ SA, l'assuré a exposé ce qui suit :

« Etant sans emploi actuellement et n'ayant pas droit au chômage, **je vous prie donc de bien vouloir inclure le risque accident à ma couverture d'assurance LAMal, avec effet à ce jour.** »

Dans un envoi du 20 novembre 2011, l'assuré a demandé une modification de la franchise de son contrat d'assurance LAMal, en précisant les éléments suivants :

« Franchise de CHF 300.— au lieu de CHF 1'500.— avec effet au 1^{er} janvier 2012.

Risque accident inclus »

L'assuré a reçu plusieurs certificats d'assurance, entre autres pour les périodes du 1^{er} février au 31 décembre 2006, du 1^{er} janvier au 31

décembre 2012, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 et du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, mentionnant l'inclusion du risque accident dans la prime due.

Par courrier du 28 novembre 2017, l'assuré a demandé à N. _____ SA le remboursement d'un montant de 1'677 fr. 10, plus intérêts à 5 % l'an, pour les primes payées à titre de couverture du risque accident entre le 1^{er} juillet 2013 et le 30 novembre 2017. Il a justifié sa demande de remboursement par le fait qu'il était déjà couvert pour le risque accident durant cette période vu son emploi auprès de la ville de [...]. Il a reproché à N. _____ SA une violation de son devoir d'information concernant la possibilité de présenter une demande de suspension de la prime pour les accidents. Il a également requis la suspension de la couverture à partir du 1^{er} décembre 2017.

Dans une lettre du 21 décembre 2017, N. _____ SA a pris acte de la suspension de la couverture à partir du 1^{er} décembre 2017 et indiqué que les primes réclamées ne pouvaient être remboursées vu les dispositions légales en la matière et la date de la demande de suspension, soit le 30 novembre 2017.

Par décision du 11 janvier 2018, N. _____ SA a confirmé son courrier du 21 décembre 2017 précité, se référant également aux indications figurant dans la lettre du 22 mars 2001 et dans les différents certificats d'assurance régulièrement envoyés à l'assuré.

Ce dernier s'est opposé à cette décision le 18 janvier 2018, en réitérant les arguments précédemment invoqués. Il a ajouté n'avoir jamais reçu le courrier du 22 mars 2001 dès lors qu'il n'habitait plus avec son épouse à l'adresse indiquée sur l'envoi en raison d'une procédure de divorce. De plus, les certificats d'assurance invoqués dans la décision litigieuse par N. _____ SA ne renseignaient pas sur la possibilité de suspendre la couverture maladie. L'assuré a donc réitéré que N. _____ SA avait failli à son obligation d'information.

Par décision sur opposition du 6 février 2018, N._____ SA a confirmé le refus du remboursement des primes réclamées, en complétant son argumentation concernant l'envoi du 22 mars 2001 par le rappel des dispositions relatives à l'obligation de l'assuré d'informer l'assureur des changements intervenus dans sa situation, dont notamment un changement d'adresse.

B. Par acte du 12 mars 2018, X._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu au remboursement de la somme de 1'677 fr. 10, avec intérêts à 5 % l'an à compter du 28 novembre 2017, pour les primes accident du 1^{er} juillet 2013 au 30 novembre 2017. Le recourant a ajouté à ses précédents arguments que son nom ne figurait plus sur la boîte aux lettres au chemin [...] à [...] et que le courrier avait dû par conséquent être retourné à N._____ SA. Cette dernière devait à son avis faire le nécessaire pour le renvoyer à sa nouvelle adresse.

Par courrier du 14 mars 2018, la juge instructrice a requis de N._____ SA la production du dossier complet de la cause, qui a ensuite été transmis au recourant par envoi du 9 avril 2018, avec un délai pour se déterminer, en particulier sur son courrier à N._____ SA du 25 février 2006. Le recourant n'a pas déposé de déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était tenue à rembourser au recourant les primes liées à la couverture du risque accident pour la période du 1^{er} juillet 2013 au 30 novembre 2017.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAMal, la couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque, à titre obligatoire, en vertu de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). L'assureur procède à la suspension lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. En vertu de l'art. 9 LAMal, lors de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale, l'assureur doit, par écrit, attirer l'attention de l'assuré sur la possibilité de présenter une demande au sens de l'art. 8 LAMal.

La suspension de la couverture des accidents a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande (art. 11 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

b) Le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé. Le droit s'éteint une année après que le cotisant a eu connaissance de ses paiements trop élevés, mais au plus tard cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées (art. 25 al. 3 LPGA).

c) En l'espèce, le recourant a adressé à l'intimée le courrier demandant la suspension de la couverture des accidents et le remboursement des primes le 30 novembre 2017. Dite suspension ne pouvait ainsi déployer ses effets qu'à partir du 1^{er} décembre 2017, soit le mois suivant la demande (art. 11 OAMal). Le recourant invoque cependant, pour justifier une suspension à partir du 1^{er} juillet 2013 déjà, une violation du devoir d'information de l'intimée dès lors que son attention n'a pas été attirée selon lui sur la possibilité de présenter une demande de suspension. Il y a donc lieu d'examiner s'il existe un défaut de renseignement, singulièrement si le recourant peut se prévaloir du droit à la protection de sa bonne foi.

4. a) Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA le 1^{er} janvier 2003, cette obligation de renseigner figurait à l'art. 16 LAMal. Outre cette obligation, l'art. 27 LPGA prévoit que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2). Le devoir de conseils de l'assureur social comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C_287/2017 du 22 août 2017 consid. 5.1 et les références citées).

b) Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de

l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement ("*ohne weiteres*") de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 9C_287/2017 précité consid. 5.1).

c) En l'occurrence, le recourant conteste avoir reçu le courrier du 22 mars 2001 l'informant de la possibilité de suspendre la couverture du risque accident tant qu'il était couvert pour ce risque à titre obligatoire en vertu de la LAA. Il fait valoir qu'il n'habitait plus à l'adresse indiquée sur l'envoi en raison d'une procédure de divorce et que l'intimée aurait donc dû lui renvoyer le courrier.

C'est néanmoins en vain qu'il avance cet argument. Qu'il ait ou non reçu le courrier litigieux n'est pas déterminant en l'espèce dès lors qu'une des conditions à l'invocation du principe de la bonne foi entre administration et administré n'est pas réalisée, même s'il fallait retenir l'hypothèse d'un défaut d'information. En effet, selon la jurisprudence,

l'administré ne doit pas avoir connaissance du contenu du renseignement omis (consid. 4a *supra*). Or, il découle du courrier du recourant adressé le 25 février 2006 à l'intimée qu'il connaissait déjà à ce moment-là le principe de la suspension puisqu'il demandait à l'intimée d'adapter les primes vu la perte de son emploi. Cet envoi confirme par conséquent qu'il avait conscience de devoir faire une annonce à l'intimée concernant la couverture des accidents en cas de prise ou de perte d'emploi. Il en fait d'ailleurs aussi mention dans son envoi du 20 novembre 2011 lorsqu'il indique « Risque accident inclus ». Il signifie par ce biais à l'intimée la poursuite de la couverture. Le recourant ne peut donc reprocher à l'intimée de ne pas l'avoir informé de la possibilité d'une suspension puisqu'il avait connaissance du fonctionnement du système vu les courriers précités.

Partant, l'intimée a refusé à juste titre le remboursement des primes pour la période du 1^{er} juillet 2013 au 30 novembre 2017.

5. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

b) Vu l'issue du recours, manifestement mal fondé, il peut être renoncé à un échange d'écritures, le recourant ne s'étant au demeurant pas déterminé à la suite du courrier de la juge d'instructrice du 9 avril 2018.

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 février 2018 par N. _____ SA 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 :

- X. _____,
- N. _____ SA,
- 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 :