

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2020

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant,

et

F._____, à Zurich, intimée.

Art. 49 al. 1 et 3, 51 LPGA ; 64a, 64 et 80 LAMal ; 105b et 127 OAMal

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était affilié, jusqu'au 31 décembre 2017, auprès de F._____ (ci-après : F._____ ou l'intimée) pour l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

Le 27 octobre 2017, F._____ a adressé à la Clinique S._____ un courrier relatif à une garantie de paiement pour un traitement en ergothérapie (neuf séances) nécessitant la confection d'attelles jambiers pédieuses, avec copie à l'assuré.

Par courrier du 20 novembre 2017 à F._____, l'assuré a rappelé qu'au vu de la teneur confuse de son courrier du 27 octobre dernier, il lui avait adressé un courrier électronique le 30 octobre 2017. Il faisait toutefois part d'une erreur dans le montant mentionné dans un courriel de F._____ du 31 octobre 2017. Il indiquait qu'à son avis, dès lors que la confection, la préparation et l'adaptation avait eu lieu durant une partie des séances d'ergothérapie déjà prises en charge selon le tarif en vigueur sous déduction de la participation aux coûts de 10 %, seuls les matériaux de confection de quatre orthèses plantaires devaient lui être facturés, montant qui ne pouvait « vraisemblablement pas être de CHF 1'155.- ». Si F._____ ne devait pas établir un décompte dans ce sens, l'assuré sollicitait une décision formelle « afin que l[a] cour des assurances sociales du tribunal cantonal puisse rectifier la situation en ce sens ».

Par facture finale du 16 janvier 2018, la Clinique S._____ a demandé le paiement d'un montant total de 1'448 fr. 70 à l'assuré pour des soins d'octobre à décembre 2017, dont 491 fr. 70 de matériel divers.

Par courriers des 26 janvier, 12 février et 19 mars 2018 à F._____, l'assuré a réclamé une décision formelle relative à la prise en charge des prestations et des matériaux fournis par le service d'ergothérapie de la Clinique S._____.

Le 28 mars 2018, F._____ a établi un « Décompte rectificatif » de prestations constatant que l'assuré était débiteur d'un montant de 1'006 fr. 15.

Le 14 juin 2018, F._____ a envoyé à l'assuré un rappel de paiement pour le montant de 1'006 fr. 15 à payer jusqu'au 4 juillet 2018.

Par lettre du 26 juin 2018 à F._____, l'assuré a sollicité une décision formelle concernant la prise en charge des soins afin de se prononcer sur la part à sa charge et celle à la charge de l'assurance.

Par sommation du 13 septembre 2018, F._____ a réclamé à nouveau le paiement de la somme de 1'006 fr. 15, augmentée de 30 fr. de frais.

Le 27 septembre 2018, l'assuré a contesté devoir rembourser le montant réclamé faute pour l'assurance d'avoir établi une décision formelle.

F._____ a, le 29 janvier 2019, requis une poursuite auprès de l'Office des poursuites du district de [...] pour un montant de 1'006 fr. 15, correspondant à la participation aux coûts médicaux, et de 90 fr. au titre de frais de sommation et d'administration. Le commandement de payer (poursuite n° [...]) a été notifié à l'assuré et frappé d'opposition le 4 février 2019.

F._____ a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer par décision du 18 février 2019, ajoutant à sa charge des frais de poursuite à hauteur de 73 fr. 30.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 19 mars 2019.

F._____ a rendu une décision sur opposition le 2 juillet 2019 prononçant la mainlevée de l'opposition à hauteur de 1'169 fr. 45.

B. X._____ a recouru contre la décision précitée le 31 juillet 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation. Il a produit une liasse de pièces, et a requis, à titre de mesures d'instruction, l'audition comme témoins de sept collaborateurs en charge de son dossier auprès de F._____.

Par réponse du 21 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Aux termes de sa réplique du 13 novembre 2019, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions.

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 ; BLV 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 présent litige a pour objet le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 2 juillet 2019 par F._____ prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n° [...] pour des prestations de soins du 25 octobre au 19 décembre 2017 d'un montant total de 1'006 fr. 15, auquel s'ajoutent des frais administratifs par 90 fr. ainsi que 73 fr. 30 de frais de poursuite.

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal ; ATF 129 V 159 consid. 2.1 ; 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal).

La participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient comprend un montant fixe par année (franchise) et une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise (art. 64 al. 1 et 2 LAMal). Le Conseil fédéral fixe notamment le montant maximal annuel de la quote-part. Ainsi, selon l'art. 103 al. 2 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à 700 fr. pour les adultes et 350 fr. pour les enfants.

b) Selon l'art. 64a al. 1 LAMal, 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 trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. 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 (al. 2, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase).

Aux termes de l'art. 105b OAMal, en cas de non-paiement par l'assuré des primes ou des participations aux coûts, l'assureur envoie la sommation 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). Selon la jurisprudence, il y a 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).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a).

4. a) En l'occurrence, la demande de paiement d'un montant de 1'006 fr. 15, sous la forme d'un décompte rectificatif du 28 mars 2018 doit être assimilée à une décision informelle rendue selon la procédure

simplifiée de l'art. 51 LPGA. Selon cette disposition, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1), l'intéressé pouvant exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

b) Selon l'art. 80 LAMal, les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. L'intéressé peut toutefois exiger qu'une décision soit rendue. Lorsqu'une décision est exigée en vertu de l'art. 51, al. 2, LPGA, l'assureur est tenu de la rendre dans les trente jours (art. 127 OAMal).

L'art. 49 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

Le Tribunal fédéral a précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2 ; VALERIE DEFAGO GAUDIN *in* : Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, nos 10 et 11 *ad* art. 51 LPGA, pp. 610-611). La demande de l'assuré n'est soumise à aucune exigence de forme. Elle peut être exprimée oralement ou par courrier électronique, par exemple (DEFAGO GAUDIN, *op. cit.*, n. 11 *ad* art. 51 LPGA, p. 611). Une fois que l'assuré a formé la demande tendant au prononcé d'une décision conformément à

l'art. 49 LPGA, l'assurance a l'obligation de statuer (art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; DEFAGO GAUDIN, *op. cit.*, n. 15 *ad* art. 51 LPGA, p. 612).

c) En l'espèce, à la lecture de la copie d'un courrier du 27 octobre 2017 de F. _____ à la Clinique S. _____ relatif à une garantie de paiement pour un traitement en ergothérapie (neuf séances) nécessitant la confection d'attelles jambiers pédieuses, puis d'un courrier électronique du 30 octobre 2017 reçu de F. _____, le recourant a fait valoir une erreur de montant ; à son avis, dès lors que la confection, la préparation et l'adaptation avait eu lieu durant une partie des séances d'ergothérapie déjà prises en charge selon le tarif en vigueur sous déduction de la participation aux coûts de 10 %, seuls les matériaux de confection de quatre orthèses plantaires devaient lui être facturés, montant qui ne pouvait « vraisemblablement pas être de CHF 1'155 ». A défaut d'un décompte établi dans ce sens, il sollicitait une décision formelle « afin que l[a] cour des assurances sociales du tribunal cantonal puisse rectifier la situation en ce sens » (courrier du 20 novembre 2017 à F. _____).

Après avoir reçu une facture finale du 16 janvier 2018 de S. _____ demandant le paiement d'un montant total de 1'448 fr. 70 pour des soins du 25 octobre au 19 décembre 2017, dont 491 fr. 70 de matériel divers, l'assuré a, par courriers des 26 janvier, 12 février et 19 mars 2018, réclamé à F. _____ une décision formelle relative à la prise en charge des prestations et des matériaux fournis par le service d'ergothérapie de S. _____.

Après un « Décompte rectificatif » de prestations établi le 28 mars 2018 par F. _____ constatant que l'assuré était débiteur d'un montant de 1'006 fr. 15, suivi, le 14 juin 2018, d'un rappel de paiement pour ce montant à payer jusqu'au 4 juillet 2018, l'intéressé a, par lettre du 26 juin 2018, sollicité une décision formelle, dès lors qu'il contestait devoir rembourser l'entier du montant réclamé, invitant ainsi F. _____ à se prononcer sur la part à sa charge et celle à la charge de l'assurance.

d) Vu l'exposé qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a manifesté son désaccord à réitérées reprises à l'endroit de la décision informelle de prestations du 28 mars 2018, et ceci avant l'échéance du délai d'une année fixé par voie jurisprudentielle (cf. ATF 134 V 145 consid. 5). Or, l'intimée a opéré de manière erronée en faisant usage de la procédure prévue à l'art. 51 LPGA, alors qu'elle aurait incontestablement dû agir conformément aux art. 49 al. 1 et 3 LPGA et 127 OAMal en notifiant une décision formelle, assortie des voies de droit et d'une motivation. Par conséquent, l'intimée ne saurait se prévaloir d'un titre de mainlevée, définitive ou provisoire, s'agissant de sa créance de 1'169 fr. 45.

5. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à l'audition de témoins.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée afin qu'elle rende sans délai une décision formelle motivée et munie des voies de droit, statuant sur les droits de l'assuré pour des prestations et des matériaux fournis du 25 octobre au 19 décembre 2017 par le service d'ergothérapie de S._____.

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 ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 2 juillet 2019 par F. _____ est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à F. _____ pour qu'elle statue sans délai par le biais d'une décision formelle, sujette à opposition, sur les droits de X. _____ pour des prestations et des matériaux fournis du 25 octobre au 19 décembre 2017 par le service d'ergothérapie de S. _____.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- X. _____,
- F. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :