

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2025

Composition : Mme LIVET, juge unique
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

O. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 82 et 99 LPA-VD

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est assuré auprès d'O. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) depuis le 1^{er} janvier 2002 pour l'assurance obligatoire des soins. Lors de son affiliation, l'assuré a remis à l'intimée une copie de son permis B lequel indiquait comme nom complet « [...] [...] B. _____ ».

b) Différents documents ont été établis et signés par l'assuré lui-même au nom de « [...] [...] B. _____ », notamment en 2019.

c) Le 7 mai 2020, l'assuré a modifié son appellation de manière unilatérale par le biais de son « Espace client » passant de « [...] [...] B. _____ » à « [...] B. _____ ».

d) Le 21 mai 2021, l'assurance a rétabli l'identité antérieure de l'assuré dans son système informatique afin qu'elle corresponde à celle figurant sur le passeport de celui-ci, à savoir « [...] [...] B. _____ ».

e) Le 27 mai 2021, l'assuré a, à nouveau, modifié son appellation via son « Espace client ».

f) L'assurance ne procédant pas à des contrôles systématiques des informations modifiées par l'« Espace client », le nom tel que modifié par l'assuré, à savoir « [...] B. _____ » a été automatiquement repris dans différentes correspondances adressées à l'assuré par l'assurance.

g) Par courrier du 12 juillet puis appel téléphonique du 16 juillet 2024, l'assuré a demandé des explications concernant la date d'échéance de sa carte d'assurance (carte n° [...], valable jusqu'au 31 mars 2028) à la suite d'un problème lors d'un passage en pharmacie, la validité informatique indiquée, selon le pharmacien, étant au 2 juillet 2024. Il a été informé qu'une nouvelle carte serait émise (carte n° [...], valable jusqu'au 31 mars 2030).

h) A réception d'un courrier de réclamation adressé par l'assuré à l'assurance le 20 juillet 2024, l'assurance a procédé à la vérification de l'identité de l'assuré auprès de la Centrale de compensation qui a révélé que le nom exact du recourant était « [...] [...] B._____ ».

Le nom de l'assuré a ainsi été corrigé dans le système informatique de l'assurance, ce qui a conduit à l'établissement d'un avenant au contrat daté du 31 juillet 2024 et à une nouvelle carte d'assurance (carte n° [...]), tous deux au nom de « [...] [...] B._____ ».

i) Le 3 août 2024, l'assuré a écrit à l'assurance un courrier de réclamation au sujet de l'avenant précité. L'assurance lui a fourni des explications par courrier du 12 août 2024.

j) L'assuré a formé un recours contre l'avenant du 31 juillet 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 19 août 2024. Le recours a été déclaré irrecevable, faute de porter sur une décision sur opposition, par arrêt du 21 octobre 2024 (AM 27/24 - 25/2024).

k) Le 19 septembre 2024, l'assurance a rendu une décision, contre laquelle l'assuré a fait opposition le 29 septembre 2024.

l) Par décision sur opposition du 21 octobre 2024, O._____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. En substance, elle a estimé qu'elle ne commettait aucune violation du droit, en particulier de l'art 13 al. 2 Cst (droit à l'autodétermination informationnelle) et de la LPD (loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données ; RS 235.1), en utilisant la dénomination actuelle, complète et officielle de l'assuré, telle qu'elle était établie par son document d'identité et le registre de la Centrale de compensation. Au contraire, l'art. 6 al. 5 LPD lui imposait le principe de l'exactitude des données si bien qu'elle était tenue d'utiliser l'identité actuelle, exacte et complète de l'assuré, à savoir « [...] [...] B._____ ». Quant à la loi sur l'harmonisation des registres, elle ne s'appliquait pas à la base de données de l'assurance. Enfin, l'assurance

n'avait commis aucune violation du droit d'être entendu de l'assuré, ni une violation de l'interdiction de la rétroactivité des normes, en établissant l'avenant du 31 juillet 2024, celui-ci ne constituant pas une décision, pas plus qu'un acte législatif.

B. a) B. _____ a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 28 novembre 2024, concluant, en substance, avec suite de frais, à l'annulation de la décision « du 19 septembre 2024 » et de l'avenant du 31 juillet 2024, à ce qu'ordre soit donné à O. _____ SA de « rétablir » la carte d'assurance maladie n° [...] (valable jusqu'au 31 mars 2028) et d'annuler toute autre carte. Il a par ailleurs requis la communication de l'arrêt à l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP).

b) Par courrier du 23 décembre 2024, le recourant a produit différentes pièces, notamment le courrier adressé le 21 décembre 2024 à l'intimée.

c) Par courrier daté du « 15 novembre 2025 » et remis à la poste le 15 janvier 2025, le recourant a produit différentes pièces dont deux avenants datés du 6 janvier 2025, établi par l'intimée, l'un valable dès le 21 décembre 2024 et l'autre dès le 1^{er} janvier 2025 établi au nom de « [...] [...] B. _____ ». Il a indiqué vouloir étendre le litige à ces deux avenants, en application de « l'effet dévolutif », en concluant à leur annulation. Il a en outre requis que ses données personnelles dans le dossier devant l'autorité de céans soient modifiées en ce sens qu'il soit indiqué comme identité « [...] B. _____ ».

d) Le 31 janvier 2025, l'intimée s'est spontanément déterminée sur le recours du recourant et a conclu au rejet de celui-ci.

e) Par acte daté du 14 février 2025, le recourant s'est déterminé sur l'écriture précitée de l'intimée. En substance, il a fait valoir que l'intimée lui avait fait parvenir, le 3 janvier 2025, une carte

d'assurance portant le nom de « [...] B. _____ » et le 3 février 2025, un nouvel avenant au nom de « [...] B. _____ » et qu'elle avait, de la sorte, acquiescé à ses conclusions. Il a conclu à l'admission de son recours, à l'annulation de la « décision du 19 septembre 2024 » en raison du remplacement de l'avenant du 31 juillet 2024 par l'avenant actuel du 3 février 2025, au constat que l'intimée a annulé l'avenant litigieux par l'avenant du 3 février 2025 et qu'elle a établi une carte d'assurance portant le nom de « [...] B. _____ » en remplacement de la carte d'assurance établie en 2024 portant l'identité « [...] [...] B. _____ », à ce qu'il soit autorisé à détruire toute autre carte d'assurance, à payer ses primes au moyen d'un certain bulletin de versement, à ce que l'intimée soit tenue de s'abstenir de toute mesure coercitive, à la communication de l'arrêt à l'OFSP, à la mise des frais à la charge de l'intimée et à l'allocation d'une indemnité de dépens de 100 fr., en compensation des frais occasionnés.

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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

c) En revanche, les deux avenants du 6 janvier 2025 ne constituent pas des décisions et encore moins des décisions sur opposition. Ils ne peuvent ainsi faire l'objet d'un recours devant la Cour de céans. La conclusion complémentaire du recourant du 15 janvier 2025 est donc irrecevable en tant qu'elle tend à l'annulation des deux avenants susmentionnés.

d) 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) S'agissant des conclusions du recourant tendant à lui permettre de payer ses primes d'assurance au moyen d'un certain bulletin de versement, à interdire à l'intimée de lui adresser des rappels et des mises en demeure, à lui permettre de détruire toutes autres cartes d'assurance que celle transmise le 3 janvier 2025, ainsi que celles sur la portée de l'existence de l'avenant du 3 février 2025, de la carte d'assurance reçue le 3 janvier 2025, elles ne font pas l'objet de la décision attaquée et sont donc exorbitantes à l'objet de la contestation, et, partant, irrecevables.

3. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et

ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) Le recourant se fonde, dans son écriture du 14 février 2025, sur des faits qui se sont déroulés postérieurement à la décision attaquée. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la présente cause. Quoi qu'il en soit, quand bien même il conviendrait de retenir, comme le soutient le recourant, que l'avenant du 3 février 2025 a annulé celui du 31 juillet 2024, il n'en demeure pas moins que le recourant a reproché à l'intimée différentes violations de ses droits en relation avec l'existence de l'avenant litigieux. Dès lors, il convient de traiter son recours à cet égard.

4. a) En l'espèce, l'ensemble du litige porte sur la question du nom du recourant dans ses relations avec l'intimée, en sa qualité d'assurance-maladie obligatoire.

Le recourant soutient, pour sa part, que son nom est « [...] B. _____ » alors que l'intimée a retenu que le nom du recourant est « [...] B. _____ ».

b) Il ressort du passeport suisse produit par le recourant lui-même à l'appui de son recours que son nom est « [...] [...] B. _____ ». Dès lors, l'intimée était fondée à désigner le recourant par son nom, tel que ressortant de sa pièce d'identité suisse, qui correspond, par ailleurs, au nom ressortant du registre de la Centrale de compensation sur laquelle s'est également basée l'intimée. Dès lors, aucun des droits invoqués par le recourant ne lui permet d'obtenir la modification de son identité auprès de l'intimée. En outre, il ne saurait prétendre à l'établissement ou au rétablissement d'une autre carte d'assurance que celle établie au nom de « [...] [...] B. _____ ». L'avenant à son contrat du 31 juillet 2024, dont la seule modification porte sur le nom du recourant, n'est pas non plus illicite. Il convient encore de souligner que, contrairement à ce que semble avoir compris le recourant, l'intimée ne prétend pas qu'elle ne peut pas « désactiver » une carte d'assurance mais qu'elle ne peut pas « réactiver » une carte annulée. Il peut, pour le surplus, être renvoyé aux explications

détaillées figurant dans la décision sur opposition du 21 octobre 2024, qui n'est pas critiquable.

Au vu de ce qui précède, l'intimée n'a aucunement violé le droit en modifiant le nom du recourant dans sa base de données et dans ses relations avec celui-ci pour le faire correspondre au nom figurant sur sa pièce d'identité suisse.

5. Le recourant a, par ailleurs, requis que son identité soit modifiée dans le dossier de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), à savoir qu'il soit désigné sous le nom « [...] B. _____ ». Toutefois, comme déjà relevé ci-dessus, l'identité « [...] [...] B. _____ » correspond à celle figurant sur son passeport suisse si bien qu'il n'y a pas lieu à modifier ou rectifier son identité dans le dossier CASSO.

6. Le recourant requiert encore que le présent arrêt soit adressé en copie à l'OFSP. A teneur de l'art. 27 al. 1 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), les jugements rendus par les tribunaux cantonaux des assurances en matière d'assurance-maladie sociale doivent être communiqués à l'OFSP. Ce point, qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimée, n'est pas litigieux.

7. a) Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît 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 (art. 82 al. 2 LPA-VD).

b) Au vu de la motivation susmentionnée (cf. consid. 2), il peut être statué selon la procédure de l'art. 82 LPA-VD.

En conclusion, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition rendue par l'intimée le 21 octobre 2024 confirmée.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

d) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours, manifestement mal fondé, est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 octobre 2024 par O. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B. _____,
- O. _____ 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).

Le greffier :