

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2025

Composition : Mme LIVET, juge unique
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

X. _____ SA, à [...], intimée.

Art. 61 LAMAL ; 90 OAMal

E n f a i t :

A. a) Le 18 décembre 2024, J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a complété une demande d'affiliation auprès de X. _____ SA (ci-après : la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, modèle « médecin de famille », avec franchise de 300 fr., comprenant l'assurance-accident, pour une prime mensuelle brute de 587 fr. 80, avant déduction de la redistribution de la taxe environnementale par 5 fr. 15, la prime mensuelle étant fixée à 582 fr. 65. S'agissant de la fréquence de paiement souhaitée, l'assuré a coché la case « annuel (0,5 % escompte) ».

b) Le 4 janvier 2025, la caisse a adressé à l'assuré une facture de primes d'un montant de 6'991 fr. 80, réduite d'un escompte de 0,5 % (34 fr. 95), portant le total à 6'956 fr. 85.

c) A la suite de l'octroi par le canton de [...] de subsides à l'assuré, la caisse a adressé à celui-ci, le 13 janvier 2025, une nouvelle facture de primes. Après déduction de la réduction cantonale des primes par 4'068 fr., le montant à la charge du recourant a été porté à 2'923 fr. 80, montant sur lequel un escompte de 0,5 % (14 fr. 60) a été déduit, pour un total final à la charge de l'assuré de 2'909 fr. 20.

d) Par courriel adressé le 15 janvier 2025, l'assuré a requis de la caisse que la part de prime à sa charge soit réduite à 2'888 fr. 85, correspondant à la part qu'il devait supporter, réduite de l'escompte calculé sur le montant de l'entier des primes (2'909 fr. 20 - 34 fr. 85).

e) Par courriel du 16 janvier 2025, la caisse a refusé de donner suite à la demande de l'assuré, l'informant que l'escompte se faisait sur le solde à sa charge et non sur l'entier de la prime, ce qu'elle a confirmé par courrier du 21 janvier 2025, ajoutant que l'escompte se faisait à bien plaisir et qu'il n'existait aucune base légale à la remise accordée.

f) Dans un courriel adressé le 24 janvier 2025, l'assuré a requis qu'une décision formelle soit prise à cet égard.

g) Par décision du 5 février 2025, la caisse a signifié à l'assuré que l'escompte était accordé, à bien plaisir, et qu'il se calculait sur la part nette à sa charge et non sur l'entier des primes (à savoir y compris la part assumée par l'Etat), par égalité de traitement avec les autres assurés, assumant l'entier de leur prime.

h) Le 20 février 2025, l'assuré a formé opposition contre la décision du 5 février 2025. Il a soutenu que l'escompte approuvé par l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) reposait sur une base légale que la caisse devait respecter, n'ayant fait aucune mention que l'escompte était accordé à bien plaisir. Se référant à l'art. 81 CO, il a prétendu que l'escompte se faisait sur le prix brut et que le subside lui revenait personnellement et devait être considéré comme un acompte fait en son nom. Il a rappelé qu'il avait payé le 31 janvier 2025 un montant de 2'888 fr. 85 correspondant au solde dû, moins l'escompte de 34 fr. 95. Il a conclu à la reconnaissance d'un droit à l'escompte de 0,5 % calculé sur la prime totale de 6'991 fr. 80, à savoir 34 fr. 95, avec publication de la décision dans le bulletin distribué par la caisse à ses assurés.

i) Le 23 février 2025, la caisse a adressé à l'assuré un rappel de paiement portant sur le montant de 20 fr. 35.

Par courriel du 4 mars 2025, l'assuré a prié la caisse de surseoir au recouvrement du solde susmentionné jusqu'à ce qu'elle ait statué sur son opposition.

j) Le 23 mars 2025, un deuxième rappel de paiement a été adressé par la caisse à l'assuré, portant le montant dû à 54 fr. 95. Celui-ci correspondait aux 20 fr. 35 encore dus, à 20 fr. de frais de rappel et à l'annulation de l'escompte de 14 fr. 60, l'assuré n'ayant pas payé l'entier de la prime annuelle.

Par courriel du 2 avril 2025, l'assuré a rappelé qu'il avait fait opposition et qu'il n'hésiterait pas à porter plainte pénale et sous l'angle du droit des poursuites.

k) Le 19 avril 2025, la caisse a fait parvenir un nouveau rappel de paiement, portant le montant encore dû à 107 fr., correspondant à l'escompte de 34 fr. 95, à des frais de rappel par 40 fr. et des intérêts moratoires à 5 % par 32 fr. 05.

l) Le 22 avril 2025, l'assuré a formé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour déni de justice. En substance, il a reproché à la caisse de ne pas encore avoir statué sur son opposition, deux mois s'étant écoulés depuis le dépôt de celle-ci. Il a également conclu à l'octroi d'une indemnité pour tort moral de 500 fr., au constat de son droit à l'escompte de 0,5 % sur l'entier de la prime brute, à la publication du jugement à ce sujet et à ce que la caisse respecte sa volonté de communiquer par courrier postal.

Par arrêt du 24 avril 2025, la Juge unique de la Cour des assurances sociales a rejeté le recours dans la mesure où il était recevable (AM 9/25 - 18/2025).

m) Le 17 juin 2025, la caisse a adressé un courrier au recourant intitulé « Menace de poursuite », lui rappelant qu'il devait encore le paiement d'un montant total de 79 fr. 95, correspondant aux 34 fr. 95 auxquels s'ajoutaient 45 fr. de frais de rappel.

n) Par décision sur opposition du 1^{er} juillet 2025, la caisse a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 5 février 2025 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En substance, elle a rappelé que l'OFSP avait autorisé, dans une circulaire, l'octroi d'escomptes fixant le maximum à 2 % pour un paiement annuel et à 1 % en cas de paiement semestriel. Elle a indiqué que l'escompte devait être calculé sur la prime nette. Sans subsides, l'escompte était calculé sur le montant de la prime après déduction de la redistribution de la taxe environnementale

et non sur le montant brut. Le même raisonnement devait être tenu en cas de versement de subsides, à savoir déduire le montant des subsides de la prime avant l'octroi de l'escompte sur le solde dû par l'assuré. Les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité imposaient par ailleurs une telle manière de procéder, sans quoi les assurés qui payaient l'entier de leur prime se verraient désavantagés par rapport à l'assuré qui pourrait bénéficier de l'entier de l'escompte alors qu'il n'assumait qu'une partie de la prime. En outre, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, le fait de remplir la demande d'assurance correspondait à une déclaration d'affiliation, puisque toute personne qui remplissait les conditions d'assurance devait être admise par l'assureur-maladie, ce qui différait considérablement de la formation d'un contrat de droit privé, si bien que le droit au rabais fondé sur le droit privé auquel se référait l'assuré n'était pas applicable en l'espèce.

B. **a)** Par acte du 18 juillet 2025, J._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la reconnaissance de son droit à l'escompte de 0,5 %, à savoir 34 fr. 95, calculé sur la prime brute totale de 6'991 fr. 80, à la publication de la décision dans le journal 24 Heures et le bulletin adressé par l'intimée à ses assurés et à l'allocation d'une indemnité pour tort moral de 500 francs. Il a, par ailleurs, requis la restitution de l'effet suspensif. En substance, le recourant a repris les arguments déjà présentés à l'appui de son opposition. Il a estimé que l'escompte se fondait sur une base légale, qu'il relevait de la technique comptable, qu'il devait se fonder sur le prix brut en application de l'art. 81 CO, qu'il avait bien signé un contrat avec l'intimée le 18 décembre 2024 contenant la clause relative à l'escompte de 0,5 %, que les subsides lui appartenaient et avaient été versés en son nom, que l'escompte avait fait partie des critères pour son choix d'assurance et qu'en refusant l'escompte sur les subsides, l'intimée encaissait plus d'un million de francs en sus. Il a reproché à l'intimée d'avoir tardé à statuer tout en usant de la menace de poursuites, faisant pression sur lui. A cet égard, il a estimé que le délai de quatre mois pour statuer était abusif.

b) Dans sa réponse du 18 août 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et a répété les arguments figurant dans sa décision sur opposition. Elle a, par ailleurs, indiqué qu'elle avait décidé de suspendre la procédure de poursuite à ce stade, rappelant qu'elle était libre de la reprendre en tout temps. Elle a encore relevé, sous l'angle de l'interdiction du déni de justice, qu'elle avait rendu la décision litigieuse et que le délai de quatre mois pour ce faire était proportionné, compte tenu encore du fait que la procédure avait été entrecoupée par la procédure judiciaire initiée par le recourant qui se plaignait déjà d'un déni de justice.

c) Le 30 août 2025, le recourant s'est déterminé sur la réponse de l'intimée, soulignant qu'il estimait qu'il y avait bien un contrat entre les parties et que le déni de justice pouvait conduire à la réparation du dommage subi.

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) 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).

d) En vertu de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Est considéré comme un intérêt digne de protection, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière (cf. ATF 135 II 145 consid. 6.1 ; TF K 112/06 du 30 mai 2007 consid. 4.1 et TFA H 207/04 du 17 mai 2005 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 135 II 145 consid. 6.1 ; TF K 112/06 du 30 mai 2007 consid. 4.1)

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut bénéficier de l'escompte de 0,5 % calculé sur l'entier de la prime annuelle ou uniquement sur la part mise à sa charge.

a) Aux termes de l'art. 61 al. 1 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

Conformément à l'art. 90 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Les termes « en principe » signifient que l'assureur-maladie peut également proposer une autre règle de paiement. Les intervalles de paiement les plus courants sont tous les deux ou trois mois, semestriellement et chaque année, l'assureur-maladie pouvant uniquement accorder un rabais pour ces deux dernières possibilités, l'OFSP ayant fixé en 2006 le rabais maximal à 2 % pour le paiement annuel et à 1 % pour le paiement semestriel (Konstantin Beck/Lukas Kauer, *in* Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach [édit.], Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz/Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 2020, n° 35 ad art. 61 LAMal).

b) Il n'est pas contesté par les parties que le recourant a été affilié auprès de l'intimée pour l'assurance-maladie obligatoire dès le 1^{er} janvier 2025, après que le premier cité avait rempli une demande d'affiliation, le 18 décembre 2024, dans laquelle il avait indiqué, à la question de la fréquence de paiement, vouloir un paiement annuel avec escompte de 0,5 %. Une première facture a été adressée au recourant le 4 janvier 2025 indiquant un total de prime de 6'991 fr. 80 (correspondant à 12 x 582 fr. 65), réduite d'un escompte de 0,5 % (34 fr. 95), portant le total à 6'956 fr. 85. Après l'obtention de subsides pour la réduction des primes à hauteur de 4'068 fr., l'intimée a adressé une nouvelle facture de primes, le 13 janvier 2025, indiquant un total à la charge du recourant de 2'923 fr. 80, réduit de l'escompte de 0,5 % sur ce montant correspondant à 14 fr. 60, portant le montant à la charge du recourant à 2'909 fr. 20.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne peut pas bénéficier de l'entier du montant de l'escompte de 34 fr. 95, sous peine de violer le principe de l'égalité, notamment prévu à l'art. 61 al. 1 LAMal. En effet, la part de la prime annuelle payée grâce aux subsides, quand bien même le paiement a été effectué au nom du recourant, ne provient pas de son patrimoine. En d'autres termes, il ne supporte pas cette part. Dès lors, s'il pouvait bénéficier, comme il le souhaiterait, de l'escompte calculé sur l'entier de la prime annuelle, il se verrait favoriser par rapport aux autres assurés puisqu'il bénéficierait d'un escompte supérieur à 0,5 %, sur la part qu'il supporte. Son escompte serait en l'occurrence non pas de 0,5 % mais de 1,19 % ($[34,95 \times 100] / 2923,80$). Ainsi, c'est à juste titre que l'escompte de 0,5 % a été calculé, concernant le recourant, sur la part de prime à sa charge.

C'est le lieu de souligner que le point de savoir si l'escompte de 0,5 % devrait également être déduit sur la part supportée par l'Etat (par le paiement des subsides) peut demeurer indécis. En effet, le recourant ne dispose pas de la qualité pour recourir sur ce point, faute d'intérêt digne de protection. L'éventuelle admission du recours n'apporterait au recourant aucune utilité pratique puisqu'elle ne

bénéficierait pas à son patrimoine mais à celui de l'Etat, qu'il n'est pas habilité à représenter.

c) Le 23 mars 2025, l'intimée a annulé l'escompte de 14 fr. 60 en faveur du recourant, se fondant sur le fait qu'il n'avait pas réglé l'entier de la prime annuelle, par un paiement unique en temps voulu. Le recourant ne conteste pas formellement cet aspect. Toutefois, pour autant que l'on doive comprendre ses griefs quant au non-respect du contrat par l'intimée comme une contestation de cette annulation, il suffit de relever que la demande d'affiliation du 18 décembre 2024 indique bien que seul le paiement annuel permet de bénéficier de l'escompte de 0,5 %. Dès lors, dans la mesure où le recourant n'a pas payé l'entier de la part de la prime annuelle à sa charge, l'intimée était en droit de supprimer l'escompte. C'est le lieu de relever que la contestation du recourant quant au montant de l'escompte n'y change rien. En effet, s'il souhaitait bénéficier de l'escompte, il devait payer le montant figurant sur la facture du 13 janvier 2025, ce qui ne l'empêchait pas de contester ledit montant. En cas d'admission de sa contestation, l'intimée - dont la solvabilité n'est pas douteuse - l'aurait remboursé.

d) Au vu de ce qui précède, les critiques du recourant doivent être rejetées.

3. Le recourant se plaint d'un déni de justice, reprochant à l'intimée d'avoir tardé à statuer.

a) La notion de déni de justice, déduite de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail

de l'autorité (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 ; TF 9C_501/2023 du 21 octobre 2024 consid. 4.2 ; TF 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, l'intimée a rendu sa décision le 5 février 2025 et sa décision sur opposition le 1^{er} juillet 2025. Ainsi, moins de cinq mois se sont écoulés entre ces deux décisions, de nombreux échanges entre les parties s'étant déroulés dans l'intervalle. Ce délai se situe encore largement dans le cadre d'un délai raisonnable au sens de la jurisprudence et le grief du recourant doit être écarté.

4. Au vu du sort du recours, la conclusion du recourant tendant à l'allocation d'une indemnité pour tort moral – pour autant que recevable, ce qui apparaît douteux – est manifestement mal fondée. Il en va de même de celle tendant à la publication de la présente décision dans les journaux proposés par le recourant, aucune disposition légale ne l'imposant par ailleurs.

5. **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, 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 1^{er} juillet 2025 confirmée.

c) La cause étant tranchée, la requête d'effet suspensif formée par le recourant dans son acte du 18 juillet 2025 devient sans objet.

d) La procédure ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA. Elle donne lieu à la perception de frais de justice, qu'il convient de mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD ; art. 1 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Les frais sont fixés à 200 fr. compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA).

e) 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 g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est manifestement mal fondé, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} juillet 2025 par X._____ SA est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de J._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- J._____,
- X._____ 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 :