

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2018

Composition : M. NEU, président
M. Piguet, juge, et M. Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourant,

et

E. _____, à [...], intimée.

Art. 3 ; art. 7 et art. 64a LAMal

E n f a i t :

A. Le 27 décembre 1993, J._____ a demandé à la B._____ l'admission à l'assurance prénatale de son fils A.A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 3 janvier 1994.

T._____, fondée le 21 décembre 2001, a repris, conformément à l'art. 181 CO, les actifs et les passifs ainsi que les activités de l'entreprise de droit public B._____.

Par contrat du 20 avril 2011, la T._____ a transmis une partie de son patrimoine à la société E._____ (ci-après : E._____ ou l'intimée) et à la société N._____ (FOSC [Feuille officielle suisse du commerce] 33/2012 - 16.02.2012).

Le 17 octobre 2012, E._____ a adressé à Q._____ un certificat d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins en 2013 concernant son fils A.A._____.

Par courrier du 20 décembre 2012, l'assuré a déclaré ne pas avoir donné son accord pour être lié à l'assurance E._____.

Le 14 janvier 2013, E._____ a informé l'assuré qu'il pouvait démissionner pour le 30 juin 2013 à condition qu'un nouvel assureur-maladie fournisse une attestation d'assurance avant l'échéance et que l'assuré ait payé l'intégralité des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite inhérents.

Le 18 octobre 2013, E._____ a transmis à l'assuré un certificat d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins en 2014. Elle en a fait de même le 17 octobre 2014 pour l'année 2015.

Le 2 juin 2015, l'assuré a contesté devoir des primes à E._____.

Le 16 juillet 2015, E._____ a constaté que l'assuré n'était plus bénéficiaire d'un subside cantonal depuis le mois de janvier 2015 et que le montant de 3'981 fr. 20 était dû pour les primes et participations pour la période entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2015.

Le 16 octobre 2015, E._____ a adressé à l'assuré un certificat d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins en 2016.

Le 14 mars 2016, l'assuré a contesté avoir signé le moindre contrat d'assurance avec E._____ et avoir les moyens de payer les primes requises.

Le 22 mars 2016, E._____ a communiqué à l'assuré que ses parents avaient signé le 1^{er} janvier 1996 une proposition d'assurance mentionnant expressément leur volonté de souscrire au nom d'A.A._____ une assurance obligatoire des soins ainsi que des assurances complémentaires. En vertu de l'art. 32 CO, les droits et obligations du contrat d'assurance passaient des parents à l'enfant devenu majeur.

Le 17 octobre 2016, E._____ a adressé à l'assuré un certificat d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins en 2017.

Le 24 novembre 2016, Q._____ et ses fils A.A._____ et B.A._____ ont demandé à E._____ l'annulation du contrat et des poursuites. Ils ont renouvelé leur demande le 11 décembre 2016.

Le 5 janvier 2017, E._____ a pris acte de la demande de démission tout en informant l'assuré des conditions légales à remplir pour que la démission soit effective au 31 décembre 2016.

Le 24 janvier 2017, l'assuré a confirmé sa volonté de quitter E._____ et a requis de cet assureur la suppression de toutes les poursuites à son encontre et le versement annuel d'une somme de 12'000 fr., à vie. Sa lettre précisait qu'E._____ acceptait ces conditions si elle ne répondait pas à ce courrier.

Par courrier du 30 janvier 2017, l'assuré a remercié E._____ de sa « décision » et pour être enfin « tombé d'accord ».

B. Le 17 février 2017, E._____ a rendu une décision formelle selon laquelle la demande de résiliation du contrat d'assurance était rejetée aux motifs qu'aucune attestation d'assurance d'un autre assureur ne lui était parvenue et que l'assuré ne s'était pas acquitté de l'intégralité des primes et des participations aux coûts arriérées ainsi, que des intérêts moratoires et frais de poursuite relatifs à son assurance obligatoire des soins.

Le 23 février 2017, l'assuré a répondu par une « décision formelle quant à notre accord », dans laquelle il se référait à leur « précédent accord » selon lequel il n'était plus assuré auprès d'E._____.

Le 9 mars 2017, E._____ a pris acte de l'« opposition » de l'assuré du 23 février 2017 et a déclaré que celle-ci ne contenait ni motivation ni conclusion pertinente. Un délai de dix jours lui a été octroyé dès réception du courrier pour adresser une « décision » (recte : opposition) conforme.

Le 14 mars 2017, l'assuré a répondu par une « décision finale », dans laquelle il a rappelé qu'il n'était plus assuré auprès d'E._____.

Le 5 avril 2017, E._____ a rendu une décision sur opposition, par laquelle elle a confirmé la décision formelle du 17 février 2017.

C. Le 11 avril 2017, l'assuré a répondu par un « rappel amical pour impayés », dans lequel il a contesté l'argumentation développée dans la décision sur opposition.

Le 27 avril 2017, E._____ a transmis le courrier du 11 avril 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud.

Le 11 mai 2017, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a imparti à l'assuré un délai de dix jours pour confirmer qu'il s'agissait bien d'un recours et pour produire ses moyens et conclusions.

Par courrier du 14 mai 2017, A.A._____ a déclaré : « puisqu'ils vous ont envoyé mes courriers, soyez en juge. Que ce cas soit traité. » Il a invoqué ne pas avoir de contrat avec l'intimée, n'avoir aucune police d'assurance physique en sa possession et ne pas avoir signé de documents avec l'intimée. Il a en outre fait valoir ne pas être en mesure de payer les primes.

Dans sa réponse du 13 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 5 avril 2017.

Dans sa réplique du 29 juin 2017, le recourant a demandé ce qui suit :

« - Soit E._____ me considère comme souscrit chez eux et font donc en sorte que je puisse payer ces primes, plus réparation afin de continuer sereinement l'activité qu'ils ont fragilisée.

- Soit ils arrêtent ce harcèlement qu'ils m'infligent et me guérissent de l'acide qu'ils ont craché sur moi et ma famille. »

Dans sa duplique du 10 juillet 2017, l'intimée a maintenu ses conclusions en renvoyant à sa précédente écriture.

D. Par décision formelle du 12 juin 2017, l'intimée a rejeté la demande de paiement de rentes à vie et de divers autres frais, au motif

qu'aucun dommage n'a été prouvé ni causé de manière illicite par l'assureur-maladie.

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 (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) La lettre du 11 avril 2017 du recourant adressée à l'intimée a été transmise le 27 avril suivant à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 39 al. 2 LPGA, le délai de recours est réputé observé malgré l'envoi de la lettre du 11 avril 2017 à l'autorité incompétente.

La lettre du 11 avril 2017 complétée par le courrier du 14 mai 2017 peut être considérée comme satisfaisant aux conditions légales du

mémoire de recours (art. 61 let. b LPGA) et donc comme recevable en la forme.

2. a) La décision du 17 février 2017 de l'intimée porte sur la validité d'une demande de résiliation de l'assurance obligatoire des soins. Or, le recourant avait contesté l'affiliation auprès de l'intimée dans ses courriers du 24 novembre et du 11 décembre 2016 cosignés par son père Q. _____ et son frère B.A. _____.

L'objet de la présente procédure porte donc sur l'affiliation du recourant à l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée, respectivement sur la résiliation de cette affiliation.

b) Les prétentions du recourant à une indemnisation, sous la forme de l'octroi d'une rente, ont fait l'objet d'une décision distincte, datée du 12 juin 2017. Les conclusions du recourant au paiement d'une réparation outrepassent donc le cadre du présent litige et ne sont donc pas recevables.

3. a) Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

Le recourant est manifestement domicilié en Suisse. Il ne fait pas partie des catégories de personnes exemptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'art. 3 al. 2 LAMal et de l'art. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Il est donc soumis à l'obligation de s'assurer.

b) Ni la LAMal, ni l'OAMal ne soumettent l'obligation d'être assuré à l'assurance obligatoire des soins à la condition d'être apte financièrement à payer les primes dues par les assurés. D'autres mécanismes sont prévus pour les cas d'incapacité de payer les primes, à savoir la réduction des primes par des subsides cantonaux (art. 65 et 65a

LAMal) et la prise en charge des créances pour les primes et participations aux coûts impayés et couvertes par un acte de défaut de biens (art. 64a LAMal). Dans la mesure où le recourant laisse entendre qu'il devrait être libéré de toute affiliation à l'assurance obligatoire des soins au motif qu'il n'est pas en mesure de payer ses primes, un tel grief doit être rejeté.

4. a) Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996, un rapport d'assurance régi par l'assurance obligatoire des soins ne peut être terminé qu'aux conditions posées par la loi. Pour toute personne soumise à l'obligation de s'assurer, la règle générale est que l'affiliation ne peut prendre fin qu'à la double condition que cet assuré ait résilié dans les délais légaux prévus à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal et que le nouvel assureur ait communiqué à l'ancien assureur qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Une résiliation unilatérale de la part de l'assuré ne suffit donc pas.

L'art. 5 al. 3 LAMal précise en effet que la couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer. L'art. 64a LAMal a introduit le 1^{er} janvier 2006 une condition supplémentaire pour le changement d'assureur, à savoir que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (art. 64a al. 4 LAMal en vigueur entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011, RO 2005 3587 ; art. 64a al. 6 LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012).

b) Lorsque l'assuré transfère sa résidence hors du rayon d'activité territorial de la caisse-maladie qui l'assurait jusqu'alors, l'art. 7 al. 3 LAMal prévoit que l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence. Il en va de même en cas de changement d'emploi lorsqu'un assuré est obligé de quitter un assureur en vertu d'un contrat de travail qui stipule l'adhésion à une caisse d'entreprise. Dans ces deux cas, les délais et termes prévus aux al. 1 et 2 de l'art. 7 LAMal n'ont pas besoin d'être observés pour un changement d'assureur.

c) En l'absence de règle spécifique sur la résiliation en cas de transfert des effectifs des assurés, ce sont les règles ordinaires sur le changement d'assureur prévues par l'art. 7 LAMal qui s'appliquent dans les relations entre les assurés et le nouvel assureur. Cela signifie en particulier que la communication d'une augmentation de prime par le nouvel assureur permet à l'assuré de 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 (art. 7 al. 2 LAMal), sous réserve que les autres conditions prévues par l'art. 7 al. 5 et l'art. 64a al. 6 LAMal soient respectées.

5. En l'espèce, le recourant a été affilié avant sa naissance à la B._____ à la demande de sa mère, J._____. Il y était encore affilié à l'entrée en vigueur de la LAMal et l'introduction de l'obligation de s'assurer auprès de l'assurance obligatoire des soins. Le recourant n'a pas prétendu ni démontré avoir quitté la Suisse de manière à ne plus être soumis à l'obligation de s'assurer ni avant sa majorité ni après. Il n'a pas non plus prétendu ni démontré avoir valablement changé d'assureur avant le transfert d'effectifs de la B._____ à la T._____. Il était donc affilié auprès de cet assureur-ci en 2011.

Par contrat du 20 avril 2011, approuvé par l'autorité de surveillance le 8 décembre 2011, la T._____ a transféré la police d'assurance du recourant à l'intimée. Le recourant était donc valablement affilié à l'intimée dès le 1^{er} janvier 2012.

Depuis le 20 décembre 2012, le recourant a fait valoir à plusieurs reprises ne pas se considérer comme affilié auprès de l'intimée. En dernier lieu, le recourant a invoqué cet argument le 24 janvier 2017. L'intimée pouvait interpréter cette déclaration comme une demande de résiliation au sens de l'art. 7 LAMal. Or, à aucun moment les autres conditions légales à une résiliation n'ont été remplies. En particulier, aucun autre assureur autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale n'a attesté auprès de l'intimée qu'il assurait le recourant à l'avenir sans interruption de la protection d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal). Les

conditions légales pour mettre un terme à l'affiliation auprès d'E. _____ n'étaient donc pas respectées, de sorte que l'intimée était tenue de rejeter la demande de résiliation et de conserver le recourant parmi ses assurés.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui succombe (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée qui n'y a pas droit comme assureur social (cf. ATF 128 V 323).

7. Le recourant demeure libre de changer d'assureur dans le futur à condition de respecter les conditions légales posées par l'art. 7 et par l'art. 64a al. 6 LAMal. Il lui est aussi loisible de déposer auprès de l'agence d'assurances sociales de sa région de domicile une demande d'octroi de subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire s'il en remplit les conditions légales.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition du 5 avril 2017 d'E._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A.A._____, à [...],
- E._____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :