

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2026

Composition : M. NEU, juge unique

Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à U***, recourante, représenté par son frère C._____, à Q***,
et

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée.

Art. 64a al. 6 LAMal

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, était affiliée auprès de SUPRA-1846 SA pour l'assurance obligatoire des soins.

Par courrier du 28 septembre 2024, Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée) a envoyé un certificat d'assurance à l'assurée pour l'année 2025, sur lequel figurait une prime mensuelle nette de 653 fr. 25. En annexe, elle a joint une note intitulée « Information importante », sur laquelle il était indiqué que SUPRA-1846 SA et Mutuel avaient fusionné. Dans la rubrique « Infos pratiques », figurait ce qui suit :

« Si vous ne souhaitez pas que Mutuel Assurance Maladie SA reprenne votre assurance, vous avez la possibilité de résilier votre contrat pour le 31 décembre 2024. SUPRA-1846 SA doit recevoir votre résiliation par courrier daté et signé, par e-mail ou via l'Espace client au plus tard le vendredi 29 novembre 2024. »

Par courriel du 17 octobre 2024, l'assurée, représentée par son frère, C._____, a communiqué à Mutuel « faire usage » de sa dernière communication pour résilier son contrat au 31 décembre 2024.

Par courrier du 17 octobre 2024, SUPRA-1864 SA a communiqué à l'assurée les modalités de résiliation, en précisant que toutes les primes et participations aux coûts arriérés, ainsi que les éventuels intérêts et frais de poursuites, devaient être intégralement payés avant la date de sa démission.

Par courriel du 18 octobre 2024, l'assurée a rappelé qu'elle avait fait usage de la possibilité de résilier « en lien avec la fusion » des sociétés, et non l'usage régulier du changement d'assureur. Elle a considéré que ce changement était acquis et a indiqué entreprendre les démarches auprès d'un nouvel assureur.

Par courriel du 16 janvier 2025, l'assurée a exprimé sa surprise à Mutuel après avoir reçu un avis de prime pour le premier trimestre 2025

et a rappelé avoir résilié son affiliation en vertu des « dispositions en relation avec la fusion de l'assureur ». Elle a ajouté être désormais assurée auprès de Atupri Assurance de la santé SA (ci-après : Atupri), qui percevait notamment les subsides auxquels elle avait droit.

Par courrier du 17 janvier 2025, Mutuel a transmis un relevé de compte pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 17 janvier 2025 portant sur un montant de 9'545 fr. 90, correspondant à plusieurs factures de primes et de décomptes de participations aux coûts impayées et auxquelles s'ajoutaient frais administratifs, des frais de procédures et des intérêts y afférents. Au 31 décembre 2024, le montant s'élevait à 7'586 fr. 15.

Par courrier du 17 janvier 2025, Mutuel a communiqué à Atupri qu'elle maintenait sa couverture d'assurance obligatoire des soins pour l'assurée, étant donné que cette dernière ne pouvait pas changer d'assureur tant qu'elle n'avait pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites.

Par courrier du 17 janvier 2025, Mutuel a communiqué à l'assurée qu'elle ne pouvait pas accepter sa résiliation, vu qu'elle ne s'était pas acquittée de l'intégralité de ses primes et participations aux coûts arriérées.

Par courriel du 17 janvier 2025, l'assurée a réitéré avoir résilié son contrat en raison de la fusion des sociétés.

Par courrier du 21 janvier 2025, Mutuel a rappelé à l'assurée sa communication du 17 octobre 2024 et expliqué que la fusion entre SUPRA-1846 SA et Mutuel n'avait ouvert aucun droit de résiliation supplémentaire.

Le 20 février 2025, après plusieurs échanges de courriels, l'assurée a observé que Mutuel n'avait jamais rendu de décision formelle quant au maintien de l'affiliation.

Par décision du 4 mars 2025, Mutuel a rappelé que, conformément à l'art. 64a LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), elle ne pouvait accepter la demande de résiliation de l'assurée, étant donné que celle-ci avait encore des arriérés de primes et de participations aux coûts. Mutuel a ajouté avoir repris la gestion du contrat de l'intéressée lors de la fusion avec SUPRA-1846 SA.

Par courrier du 28 mars 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, elle a rappelé avoir résilié son contrat avec Mutuel dans le contexte de la fusion avec SUPRA-1846 SA. Elle a précisé que si cette relation contractuelle non consentie lui était imposée, elle souhaitait ne subir aucune pénalité et que les primes et les subsides payés à son nouvel assureur devaient être transférés. Elle a également exigé la mention de SUPRA-1846 SA sur tous les documents émis à l'avenir.

Par courrier du 14 avril 2025, Mutuel a octroyé un délai de 10 jours à l'assurée pour qu'elle complète la motivation et les conclusions de son opposition.

Par courrier du 21 avril 2025, l'assurée a indiqué que son opposition était construite sur la fusion de la caisse maladie SUPRA-1864 SA avec Mutuel et a invoqué le principe de libre concurrence.

Par décision sur opposition du 8 juillet 2025, Mutuel a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 4 mars 2025. Elle a rappelé qu'il restait des impayés pour un montant de 7'586 fr. 15 et que le refus du changement d'affiliation était maintenu. Elle a mentionné que la possibilité d'une prise en charge partielle des coûts par le canton ne changeait rien à sa situation.

Par courrier du 29 juillet 2025, Mutuel a constaté que l'assurée n'avait pas retiré le pli recommandé du 8 juillet 2025 contenant la décision sur opposition du même jour.

B. Par courriel du 16 août 2025 à Mutuel, B._____, toujours représentée par son frère C._____, a expliqué n'avoir jamais reçu le courrier du 29 juillet 2025. Elle a réitéré qu'elle avait le droit de résilier son contrat en vertu de la fusion entre SUPRA-1864 SA et Mutuel, conformément à la communication du 28 septembre 2024. Ensuite, elle a indiqué que Atupri percevait les primes mensuelles depuis le début de l'année 2025. Elle a enfin requis la régularisation de sa situation, à savoir une requête de subsides à l'autorité compétente de la part de Mutuel, l'émission de certificats d'assurance au nom de SUPRA-1864 SA, la prise en considération des participations acquittées auprès d'Atupri, l'annulation de la police d'assurance auprès d'Atupri et la restitution des primes payées depuis le mois de janvier 2025.

Par courrier du 25 août 2025, Mutuel a transmis le courriel précité à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Par ordonnance du 1^{er} septembre 2025, le juge instructeur a invité la recourante à confirmer que son courriel du 16 août 2025 était un recours et, dans l'affirmative, à lui adresser une motivation ainsi que des conclusions claires.

Par acte du 14 septembre 2025, B._____ a complété son envoi du 16 août 2025. Elle a implicitement conclu à la réforme de la décision sur opposition du 8 juillet 2025 en ce sens qu'elle est libérée de tout rapport contractuel avec l'intimée et qu'elle est assurée chez Atupri pour l'année 2025. En substance, elle a allégué avoir résilié son contrat auprès de l'intimée consécutivement à la fusion entre cette société et SUPRA-1864 SA. Elle a également relevé que l'intimée avait formulé tardivement sa décision sur opposition le 8 juillet 2025, alors qu'elle avait envoyé un courrier le 21 avril 2025.

Par réponse du 14 novembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée. En substance, elle a indiqué qu'aucune disposition légale ne prévoyait de droit

de résiliation en cas de fusion et que la recourante n'avait pas réglé ses impayés, ce qui faisait obstacle au changement d'assureur. Elle a enfin retenu que le délai de deux mois et demi pour traiter l'opposition du 21 avril 2025 n'était pas déraisonnable.

Par réplique du 15 décembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a précisé que l'intimée avait sollicité l'attribution des subsides à l'assurance-maladie pour l'exercice 2026. A l'appui de son envoi, elle a notamment produit sa police d'assurance 2025 auprès d'Atupri, les justificatifs de paiement de plusieurs factures d'Atupri et la décision du 7 novembre 2025 de l'Office vaudois de l'assurance-maladie octroyant un subside mensuel de 656 fr. à la recourante et mentionnant l'intimée comme assureur.

Par duplique du 20 janvier 2026, l'intimée a maintenu sa position. Elle a ajouté avoir suspendu les rappels et sommations jusqu'à droit connu sur l'issue de la cause.

Par déterminations du 18 janvier 2026 (*recte* : 18 février 2026), la recourante a réitéré ses conclusions.

Le 26 mars 2026, le juge instructeur a tenu une audience d'instruction, au cours de laquelle il a tenté la conciliation, qui n'a pas abouti, octroyant un délai de trente jours aux parties pour se déterminer sur une éventuelle issue transactionnelle.

Par courrier du 23 avril 2026, l'intimée a refusé toute issue transactionnelle.

En droit :

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). 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 – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGa) – 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 litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé à la recourante le droit de changer d'assureur-maladie.

3. a) A titre liminaire, il convient d'examiner le grief invoqué par la recourante concernant un éventuel déni de justice par l'intimée dans le délai de traitement de son opposition.

b) A cet égard, il sied de relever que, même lorsqu'elle invoque un déni de justice formel, la partie recourante doit être en mesure de faire valoir un intérêt actuel et pratique à l'admission de son recours (ATF 150 II 409 consid. 2.2.1 ; 131 I 153 consid. 1.2). Un intérêt purement théorique est insuffisant. Sous réserve d'exceptions, dès le moment où l'autorité qui y est tenue a statué, un tel recours devient irrecevable ou, s'il a déjà été formé, sans objet faute d'un intérêt juridique actuel (ATF 125 V 373 consid. 1 ; TF 9C_414/2012 du 12 novembre 2012 consid. 1.1).

Dès lors que l'intimée a statué le 8 juillet 2025 sur l'opposition de la recourante, l'intérêt juridique à l'invocation du déni de justice est tombé et ce grief devient ainsi sans objet. Au demeurant, on relèvera que même si l'on avait dû se prononcer sur la durée de la procédure, un déni de justice n'aurait vraisemblablement pas été retenu. En effet, le délai de deux

mois et demi pour statuer sur l'opposition de la recourante n'apparaît pas déraisonnable au vu des circonstances particulières de la cause (cf. notamment 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) et reste ainsi dans le cadre fixé par l'art. 52 al. 2 LPGA.

4. a) Manifestation du principe du libre choix de l'assureur inscrit à l'art. 4 LAMal, l'art. 7 LAMal fixe les conditions auxquelles un changement d'assureur est possible.

b) Toutefois, l'art. 64a al. 6, première phrase, LAMal dispose que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur, en dérogation à l'art. 7 LAMal, tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 105I al. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) précise que si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement n'ont pas été acquittées, ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai.

5. Conformément à l'art. 9 al. 1 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12), la fusion entre deux caisses-maladie n'est possible que dans la mesure où elle a fait l'objet d'une communication auprès de l'Office fédéral de la santé publique et qu'elle respecte les dispositions de la LFus (loi fédérale du 3 octobre 2003 sur la fusion, la scission, la transformation et le transfert de patrimoine ; RS 221.301).

Dès lors qu'une fusion ne risque pas d'être pas préjudiciable à un assureur-maladie ou de porter atteinte aux intérêts des assurés (art. 9 al. 2 LSAMal), l'ensemble des assurés des deux caisses-maladies se trouve *de facto* affilié à la nouvelle entité fusionnée.

6. a) En l'occurrence, la recourante estime que la communication du 28 septembre 2024 de l'intimée lui donnait le droit de résilier son affiliation auprès de SUPRA-1864 SA, respectivement de l'intimée, « en raison de la fusion » entre ces deux sociétés.

S'il est vrai que cette communication, et en particulier la phrase « si vous ne souhaitez pas que Mutuel Assurance Maladie SA reprenne votre assurance, vous avez la possibilité de résilier votre contrat pour le 31 décembre 2024 », pouvait laisser entendre qu'une résiliation était ouverte du simple fait de la fusion entre les deux sociétés, les courriers explicatifs qui ont suivi étaient cependant clairs quant aux conditions à respecter pour pouvoir changer d'assureur-maladie. De la sorte, on ne peut reprocher à l'intimée un quelconque manquement dans son devoir d'information au sens de l'art. 27 LPGA. Cela étant seuls les art. 7 et 64a al. 6 LAMal sont pertinents en matière de changement de caisse-maladie, même en cas de fusion. On ne saurait déduire de la communication du 28 septembre 2024, ou d'une quelconque disposition de la LFus ou de la LSAMal, un droit de résiliation du fait de la fusion entre SUPRA-1864 SA et l'intimée. Il convient donc d'examiner la demande de résiliation du 17 octobre 2024 de la recourante à l'aune de l'art. 64a al. 6 LAMal.

b) Dans ce contexte, force est de constater que la recourante ne remplissait pas les conditions pour pouvoir changer d'assureur-maladie. En effet, l'intéressée accusait un découvert de 7'568 fr. 15 au 31 décembre 2024 auprès de SUPRA-1864 SA. Ainsi, lorsqu'elle a envoyé sa demande de résiliation, elle devait se rendre compte qu'elle était en retard dans ses paiements et qu'un changement de caisse-maladie ne serait pas possible. A cet égard, il importe peu qu'elle se soit acquittée de primes et de participations aux coûts auprès d'Atupri durant l'année 2025.

c) Il ressort de ce qui précède que, conformément à l'art. 64a al. 6 LAMal, la recourante était encore assurée auprès de SUPRA-1864 SA au 31 décembre 2024. Dès lors que Mutuel a repris tous les contrats d'assurance lors de la fusion avec SUPRA-1864 SA au 1^{er} janvier 2025

(cf. *supra* consid. 5), dont celui de la recourante, c'est à juste titre que l'intimée lui a communiqué le 17 janvier 2025 son refus de changement d'affiliation, confirmé par la décision du 4 mars 2025 et la décision sur opposition du 8 juillet 2025.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. ^{fbis} LPGA, elle donne lieu en principe à la perception de frais de justice à charge de la partie qui succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Il y est cependant renoncé dans le cas d'espèce, au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juillet 2025 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- C._____ (pour B._____),
- Mutuel Assurance Maladie 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 :