

S2 24 42

**DÉCISION DU 22 OCTOBRE 2024**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Candido Prada, président ; Véronique Largey, greffière

**en la cause**

X \_\_\_\_\_, recourante

**contre**

**SANITAS GRUNDVERSICHERUNGEN AG**, intimée

(art. 7 al. 1 à 5 et art. 64a al. 6 LAMal, art. 105/ al. 2 et 3 OAMal ;  
conditions du changement d'assurance lors d'un changement d'emploi)

**Vu**

le jugement du 24 janvier 2023 rendu en la cause S2 22 37, par lequel le président de la Cour de céans a rejeté le recours formé par X \_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition prononcée le 31 mars 2022 par Sanitas Grundversicherungen AG (ci-après : Sanitas) et confirmé que la recourante n'avait pas le droit de changer d'assurance-maladie obligatoire des soins au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (pièce 1 déposée par Sanitas) ;

les arguments développés dans ce jugement, à savoir que la communication du nouvel assureur exigée par l'article 7 alinéa 5 LAMal n'étant pas intervenue dans le cas ayant donné lieu à la procédure susmentionnée, l'affiliation de X \_\_\_\_\_ auprès de Sanitas n'avait pas pris fin au moment de la prise d'emploi auprès du nouvel employeur au sens de l'article 7 alinéa 3 LAMal, que cette dernière disposition, réservée par l'article 64a alinéa 6 LAMal, n'était donc pas applicable et qu'en conséquence, conformément à la teneur des articles 64a alinéa 6, première phrase LAMal et 105/ alinéas 2 et 3 OAMal, un changement d'assureur n'était possible que dans les délais ordinaires fixés par l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal et moyennant paiement intégral, dans le délai correspondant, des montants encore dus ; qu'aux termes du considérant 3 de l'arrêt paru aux ATF 130 V 448, même si une communication du nouvel assureur selon l'article 7 alinéa 5 LAMal devait finalement avoir lieu, elle ne permettrait pas une admission rétroactive du changement d'assureur au 31 décembre 2020, telle que demandée à réitérées reprises par la recourante, respectivement son employeur, mais qu'elle ne mettrait un terme au rapport d'assurance avec Sanitas qu'à la fin du mois durant lequel la communication serait reçue par celle-ci ;

la lettre adressée le 26 février 2023 à Sanitas, par laquelle X \_\_\_\_\_ s'est référée au jugement précité, a transmis une police d'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), établie par Helsana Assurances SA le 3 novembre 2020 et valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, et a demandé à Sanitas de mettre un terme à son assurance au 28 février 2023 (pièce 2 déposée par Sanitas) ;

la décision du 17 novembre 2023, par laquelle Sanitas a maintenu l'assurance de X \_\_\_\_\_ auprès d'elle, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et sans interruption, souligné la première partie du passage reproduit ci-dessus du jugement du 24 janvier 2023, invoqué que les primes et participations aux coûts devaient intégralement être payées avant un changement d'assureur et précisé que des montants significatifs lui étaient encore dus (pièce 3 déposée par Sanitas) ;

l'opposition du 8 janvier 2024 à cette décision, dans laquelle X \_\_\_\_\_ a relevé la seconde partie du passage précité du jugement du 24 janvier 2023, fait valoir qu'un changement d'assurance était légitime à la fin du mois durant lequel la communication du nouvel assureur selon l'article 7 alinéa 5 LAMal était parvenue à l'assureur actuel et conclu que Sanitas ayant reçu une telle communication le 2 mars 2023, le changement d'assurance aurait dû intervenir au 31 mars suivant (pièce 4 déposée par Sanitas) ;

la décision sur opposition du 15 avril 2024, par laquelle Sanitas a rejeté l'opposition du 8 janvier précédent, en citant les articles 7 alinéa 1 et 64a alinéa 6 LAMal et en reprenant l'argumentation de sa décision du 17 novembre 2023 (pièce 5 déposée par Sanitas) ;

le recours interjeté contre cette décision sur opposition, daté du 11 mai 2024 et transmis céans le lendemain, par lequel X \_\_\_\_\_ a conclu à être libérée de son assurance auprès de Sanitas depuis le 28 février 2023 ainsi qu'au retrait de toutes les poursuites postérieures à cette date, en rappelant les étapes de la présente procédure ainsi que les explications fournies dans son opposition du 8 janvier 2024 et en ajoutant qu'en l'absence de réponse de Sanitas à sa lettre du 26 février 2023, elle avait dû envoyer un rappel à celle-ci le 18 septembre suivant – rappel annexé au recours – puis déposer céans une plainte pour déni de justice ayant donné lieu à la procédure S3 23 56, devenue sans objet et rayée du rôle par prononcé du 22 novembre 2023 à la suite de la décision de Sanitas du 17 novembre précédent, ainsi qu'une autre plainte pour déni de justice traitée dans le cadre de la procédure S3 24 14, devenue sans objet et rayée du rôle par décision du 19 avril 2024 en raison de la décision sur opposition de Sanitas du 15 avril précédent ;

la réponse du 18 juin 2024, dans laquelle Sanitas a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de son refus à X \_\_\_\_\_ de changer d'assureur, résumé la teneur de sa décision sur opposition du 15 avril 2024 et mentionné enfin que les conditions légales d'un changement d'assurance avaient été expliquées à la recourante à plusieurs reprises et que, contrairement à l'avis de celle-ci, une déclaration d'adhésion à une autre assurance n'était pas suffisante à cet égard ;

la clôture de l'échange d'écritures en date du 3 septembre 2024, en l'absence d'observations supplémentaires de la recourante.

### Considérant

que selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément ;

que, posté le 12 mai 2024 selon la date du cachet postal, le présent recours contre la décision sur opposition du 15 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives du 6 octobre 1976 [LPJA, RS/VS 172.6]) ;

qu'il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière ;

que le présent litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'assurance-maladie de base de X \_\_\_\_\_ auprès d'elle, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et sans interruption ;

qu'aux termes de l'article 7 alinéa 1 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile ;

qu'il est précisé à l'article 7 alinéa 2 LAMal que lors de la communication de la nouvelle prime, il peut 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, et que l'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur ;

que selon l'article 7 alinéa 3 LAMal, si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur ;

que l'article 7 alinéa 5 LAMal prévoit que l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance, que si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime, et que dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus ;

qu'il ressort des première et dernière phrases de l'article 64a alinéa 6 LAMal qu'en dérogation à l'article 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés intégralement, et que l'article 7 alinéas 3 et 4 est réservé ;

qu'à teneur de l'article 105/ alinéa 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal, RS 832.102), 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 ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai ;

qu'il est enfin prévu par l'article 105/ alinéa 3 OAMal que si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'alinéa 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'article 7 alinéas 1 et 2 de la loi, et que l'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les soixante jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui ;

qu'en l'occurrence, il est pour le moins surprenant qu'en date du 26 février 2023 seulement, la recourante a transmis à Sanitas une police d'assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), établie par Helsana Assurances SA le 3 novembre 2020 et valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (pièce 2 déposée par Sanitas), alors que c'était précisément cette communication qui faisait défaut au cours de la procédure administrative ayant donné lieu au jugement du 24 janvier 2023 en la cause S2 22 37 (pièce 1 déposée par Sanitas) ;

qu'ont été soulignées, au considérant 2.2 de ce jugement, non seulement l'absence d'une telle communication, mais également les circonstances douteuses du changement d'emploi au sens de l'article 7 alinéa 3 LAMal, alors invoqué par la recourante pour justifier la fin de la couverture d'assurance-maladie obligatoire des soins auprès de Sanitas, à titre exceptionnel selon la réserve figurant à la dernière phrase de l'article 64a alinéa 6 LAMal et sans remplir les conditions strictes posées par cette dernière disposition, ainsi que par l'article 105/ alinéas 2 et 3 OAMal, à un assuré en retard de paiement en vue d'un changement d'assureur, ;

qu'au considérant précité, il a été déduit de cette situation qu'en vertu des articles 64a alinéa 6, première phrase LAMal et 105/ alinéas 2 et 3 OAMal, un changement d'assureur n'était en conséquence possible que dans les délais ordinaires fixés par l'article 7 alinéas 1 et 2 LAMal et moyennant paiement intégral, dans le délai correspondant, des montants encore dus ;

qu'en dépit des conclusions de la recourante dans ses écritures datées des 8 janvier et 11 mai 2024, lesquelles sont fondées sur la communication étonnamment tardive à Sanitas, le 26 février 2023, de la police d'assurance précitée du 3 novembre 2020 (pièce 2 déposée par Sanitas), il n'y a pas lieu de trancher le présent litige différemment, même pour la période postérieure au 28 février, respectivement 31 mars 2023 ;

qu'au vu de ce qui précède, le recours, manifestement infondé, doit être rejeté et que la décision sur opposition prise le 15 avril 2024 par Sanitas est confirmée ;

qu'en dérogation aux articles 19 alinéa 1 de la loi cantonale sur l'organisation de la justice du 11 février 2009 (RS/VS 173.1) et 20 alinéa 4 ROT (règlement cantonal d'organisation des tribunaux valaisans du 21 décembre 2010 (RS/VS 173.100) qui prévoient une autorité collégiale à trois juges par cour pour l'administration de la justice, l'article 20 alinéas 1 lettre c et 3 LOJ, applicable par le renvoi figurant à l'article 61, première phrase LPGA, dispose que la loi peut attribuer une compétence pour statuer à un juge cantonal unique en cas de conclusions manifestement infondées ;

que tel est le cas en l'espèce, si bien que le présent jugement est prononcé sous juridiction du juge unique, soit par le président de la Cour des assurances sociales ;

qu'en application de l'article 61 lettre f<sup>bis</sup> LPGA, des frais, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure, sont perçus dans le présent litige ;

qu'étant donné l'issue de la cause, ces frais sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) ;

qu'ils sont compensés avec l'avance du même montant que celle-ci a versée le 17 mai 2024 ;

qu'il n'est alloué de dépens ni à la recourante (art. 61 let. g *a contrario* LPGA) ni à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

**Prononce**

1. Le recours est rejeté et la décision sur opposition du Sanitas Grundversicherungen AG du 15 avril 2024 est confirmée.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 22 octobre 2024