

## **VD\_GERICHTE ZE14.041355 vom 6. März 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE14.041355](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE14.041355)

FR: VD\_GERICHTE ZE14.041355 du 6 mars 2015

IT: VD\_GERICHTE ZE14.041355 del 6 marzo 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 40**

LAMaI. Ils peuvent le faire avant d'avoir désigné un assureur au sens de l'al. 2 (alinéa 3). L'article 41 alinéa 4 LAMaI prévoit au surplus que l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties. L'article 99 OAMaI précise par ailleurs que les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (alinéa 1). Dans les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assureur peut renoncé en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise (alinéa 2). De plus, selon l'article 100 alinéa 2 OAMaI, le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment. Au niveau cantonal, l'article 34 LARA prévoit que le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance-maladie et accidents des demandeurs d'asile partiellement ou totalement

- 10 - assistés (alinéa 1). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (alinéa 3). Selon l'article 35 LARA, l'établissement représente les demandeurs d'asile dans le système d'affiliation de l'assurance- maladie obligatoire. A ce titre, il doit veiller à ce que ces derniers soient assurés et annoncer à l'assureur ou au tiers désigné conformément à l'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste. Aux termes de l'article 9 RLARA, les personnes assistées sont affiliées par l'établissement dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, conformément aux articles 34 et 35 LARA (alinéa 2). La police d'assurance est transférée au bénéficiaire, d'office ou sur demande de ce dernier, selon les conditions suivantes : - soit, d'office, au 31 décembre pour les personnes financièrement autonomes depuis 6 mois de manière ininterrompue en date du 31 octobre de la même année - soit, sur demande de l'intéressé, à la fin de chaque mois, pour les personnes financièrement autonomes depuis 6 mois de manière ininterrompue ou n'ayant aucun autre lien d'assistance avec l'établissement. Conformément à l'article 10 alinéa 1 RLARA, la prise en charge des frais médicaux est portée sur le décompte d'assistance sous forme d'un forfait mensuel. En l'espèce, il est établi que depuis le 1er juillet 2005 vous n'êtes plus autonome financièrement au sens de l'article 117 du Guide d'assistance. C'est de sorte en total accord avec sa mission d'assistance aux admis provisoires que notre Etablissement a pris en charge les coûts liés à votre assurance obligatoire à compter du premier terme utile en matière

d'assurance, soit le 1er janvier 2006. Cette prise en charge s'est au surplus réalisée conformément à l'article 82a LAsi, opérant ainsi une double limitation tant du point de vue du choix de l'assureur que des fournisseurs de prestations. C'est de plus en conformité avec les bases légales susdites, votre statut d'admis provisoire et votre situation économique que vous êtes affilié de manière collective auprès de notre courtier R. \_\_\_\_\_ SA et êtes partie du réseau de soins FARMED. Comme vous le relevez, l'article 8 alinéa 1 de la Constitution fédérale dispose que tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Il n'y a toutefois inégalité de traitement que lorsque, sans motifs sérieux, deux décisions soumettent deux situations de fait semblables à des règles juridiques différentes; les situations comparées ne devant au surplus pas nécessairement être identiques en tous points, mais leur similitude devant être établie en ce qui concerne les éléments de fait pertinents pour la décision à prendre (ATF 130 I 65, consid. 3.6). Or il appert que la différenciation opérée entre résidents et migrants quant aux

- 11 - possibilités d'affiliations se fonde sur la lettre de l'article 82a alinéa 2 LAsi aux termes duquel les cantons peuvent limiter les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour dans le choix de leur assureur. Selon l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale, une telle différenciation ne peut être constitutive d'une discrimination. Il y a discrimination selon cet article lorsqu'une personne est traitée différemment en raison de son appartenance à un groupe particulier qui, historiquement ou dans la réalité sociale actuelle, souffre d'exclusion ou de dépréciation. Le principe de non-discrimination n'interdit toutefois pas toute distinction basée sur l'un des critères énumérés à l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale, mais fonde plutôt le soupçon d'une différenciation inadmissible. Les inégalités qui résultent d'une telle distinction doivent dès lors faire l'objet d'une justification particulière (ATF 137V 334, consid. 6.2.1). En l'espèce, l'inégalité découlant des conditions spécifiques impliquées par le réseau de soins FARMED trouve sa pleine justification dans le souci d'assurer à toute personne ayant son domicile en Suisse, conformément à l'article 3 de la LAMaI, un accès optimum aux soins de bases et ce, tout en procédant à une gestion rationnelle des coûts de la santé. Une telle limitation est au surplus conforme aux articles 82a alinéa 3 LAsi, 41 alinéa 4 LAMaI, 99 OAMaI et 34 LARA cités plus haut. Finalement, le réseau FARMED n'induisant aucune différenciation effective dans la couverture des soins de base, il ne peut être retenu que ce dernier serait d'aucune manière discriminatoire. Les griefs que vous portez concernant votre demande relative à l'obtention d'une carte d'assuré individuel ne se révèlent donc pas pertinent. Force nous est en effet de constater que, partie d'un contrat collectif d'assurance, vous n'êtes pas nommément titulaire d'une police personnelle. La carte que vous souhaitez voir actualisée date d'ailleurs d'une période où vous étiez affilié à titre individuel, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Qui plus est partie du réseau FARMED, vous êtes soumis aux règles inhérentes audit réseau pour lequel une carte d'assuré individuel n'est pas nécessaire. Finalement, il appert que ladite carte n'induirait aucune différence dans la prise en charge effective de vos soins de bases. Conclusion Au vu de ce qui précède, le directeur décide L'opposition est rejetée et le contenu du courrier du 12 novembre 2013 est maintenu." - une écriture intitulée "demande de révision" de cette décision déposée par le recourant le 15 janvier 2014 auprès de l'EVAM ;

- 12 - - une lettre du recourant du 17 janvier 2014 adressée au [...], dans laquelle il précise que son écriture du 15 janvier 2014 n'était pas un recours mais une demande de précision; - un échange de courriels entre le [...] et l'EVAM au mois de novembre 2013, confirmant que

le recourant est affilié par un contrat collectif. - diverses attestations d'assurance établies par l'intimée pour les années 2011 à 2014, qui mentionnent que le preneur d'assurance est "R. \_\_\_\_\_ SA/Prestations FARMED", l'assuré étant le recourant. - une décision mensuelle d'octroi d'assistance rendue le 7 octobre 2014 par l'EVAM, qui a en particulier pris en charge une "prime couverture frais d'assurance collective LAMAL" à concurrence de 433 fr., à titre de prestation en nature. Dans sa duplique du 12 décembre 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions, relevant notamment que si la décision sur opposition de l'EVAM du 19 décembre 2013 était entrée en force, ce qui semblait être le cas, elle n'avait pas à revenir sur le refus de l'EVAM ou sur ses arguments. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994; RS 832.20]). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36).

- 13 - b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. 2. a) Selon l'art. 82a LAsi (loi sur l'asile du 26 juin 1998; RS 142.31), les cantons peuvent limiter les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour dans le choix de leur assureur-maladie et désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance en vertu de l'art. 41, al. 4, LAMaI (al. 2). Ils peuvent limiter ces personnes dans le choix des fournisseurs de prestations visés aux art. 36 à 40 LAMaI, y compris avant d'avoir désigné un assureur au sens de l'al. 2 (al. 3). Ils peuvent désigner un ou plusieurs assureurs qui n'offrent qu'aux requérants d'asile et qu'aux personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour une assurance assortie d'un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41, al. 4, LAMaI (al. 4). Le canton de Vaud a fait usage de cette capacité en adoptant la LARA (loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers du 7 mars 2006; RSV 142.21) et le RLARA (règlement d'application de la loi du 7 mars 2006 sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers du 3 décembre 2008; RSV 142.21.1). Selon l'art. 34 LARA, le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance maladie et accidents des demandeurs d'asile

- 14 - partiellement ou totalement assistés (al. 1). A défaut de convention, il veille à affilier les demandeurs d'asile auprès d'un ou plusieurs assureurs autorisés à pratiquer dans le canton au sens de l'article 13 LAMal (al. 2). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (al. 3). Selon l'art. 35 LARA, un établissement représente les demandeurs d'asile dans le système d'affiliation de l'assurance-maladie obligatoire. A ce titre, il doit veiller à ce que ces derniers soient assurés et annoncer à l'assureur ou au tiers désigné conformément à l'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste. Selon l'art. 37 LARA, le département en charge de la santé organise l'accès des demandeurs d'asile aux fournisseurs de prestations

(al. 1) et peut en particulier instituer des réseaux de soins infirmiers et de médecins de premier recours auxquels les demandeurs d'asile devront s'adresser en cas de maladie ou d'accident (al. 2). L'EVAM est un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique (art. 9 al. 1 LARA) chargé de l'affiliation des personnes assistées et des bénéficiaires de l'aide d'urgence conformément aux art. 34 et 35 LARA (art. 9 al. 1 RLARA). Selon l'art. 9 al. 2 RLARA, la police d'assurance est toutefois transférée au bénéficiaire aux conditions suivantes : - soit, d'office, au 1er octobre pour les bénéficiaires de prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, ainsi que pour les personnes financièrement autonomes depuis six mois de manière ininterrompue en date du 30 septembre de la même année; - soit, sur demande de l'intéressé, à la fin de chaque mois, pour les personnes financièrement autonomes depuis six mois de manière ininterrompue ou n'ayant aucun autre lien d'assistance avec l'établissement.

- 15 - En cas de transfert, l'art. 9 RLARA prévoit que l'intéressé n'est plus considéré comme affilié par l'établissement (al. 3) et que, s'il n'est plus en mesure d'assumer lui-même les charges financières relatives à sa police d'assurance, il en transfère la gestion à l'établissement en signant une procuration en faveur de ce dernier, étant alors considéré comme affilié par l'établissement (al. 4). b) En l'espèce, il résulte notamment des polices d'assurance que le recourant est affilié à l'intimée par l'intermédiaire de l'EVAM. Il n'est ainsi pas directement lié contractuellement à l'intimée, de sorte qu'il semble douteux qu'il ait la qualité pour recourir. Cette question peut toutefois rester indécise, le recours devant de toute manière être rejeté, respectivement déclaré irrecevable, pour les motifs exposés ci-après. 3. a) On rappellera d'abord que la LAMal régit l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal), à l'exclusion des assurances complémentaires qui ressortissent du droit civil (cf. art. 7 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]). En outre, en tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par la décision sujette à recours (ATF 125 V 413 consid. 2c et réf. cit.; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2; TF 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). En l'espèce, les conclusions 2 et 3 du recourant ont trait à une assurance complémentaire "[...]" ne relevant pas de la compétence de la Cour de céans. Elles sont dès lors irrecevables. Il en va de même de sa conclusion 4 tendant au versement de 1'600 fr. à titre de dommage et intérêt respectivement de tort moral. En effet, ce chef de prétention n'a pas fait l'objet de la décision du 24 janvier 2014 ni de la décision sur opposition du 15 septembre 2014, le recourant n'ayant pas pris de conclusion dans ce sens au pied de son opposition du 12 février 2014.

- 16 - b) Le recourant qualifie son acte de "recours pour déni de justice" – ce cas de figure étant réalisé lorsque l'autorité refuse de statuer (déni de justice formel) ou tarde excessivement à le faire (déni de justice matériel; pour le tout cf. Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève – Zurich – Bâle 2011, pp 501 s. nn 1499 ss) – mais sans expliquer en quoi ce déni consiste. Il n'apparaît pas que tel soit le cas, l'intimée s'étant prononcée sur les griefs du recourant. Ce grief tombe ainsi manifestement à faux. 4. S'agissant de la délivrance de la carte d'assuré – qui, comme le relève l'intimée, fait seule l'objet de la décision attaquée –, on doit se référer à la décision sur opposition rendue le 19 décembre 2013 par le directeur de l'EVAM. En effet, les organes de l'EVAM sont le directeur et l'organe de révision (art. 11 LARA). Le directeur est l'organe suprême de

l'établissement et exerce notamment les compétences décisionnelles attribuées à ce dernier. Il statue sur opposition (art. 72 LARA), ses décisions sur opposition pouvant faire l'objet d'un recours au département (art. 73 LARA). Au 15 septembre 2014, soit à la date de la décision sur opposition ici litigieuse, la décision sur opposition du 19 décembre 2013 était manifestement déjà entrée en force. Par cette décision, l'EVAM a précisément rejeté la demande du recourant tendant à l'octroi d'une carte d'assurance-maladie. Cette question avait ainsi déjà été tranchée par une autorité administrative, qui est d'ailleurs la représentante du recourant auprès de l'intimée. Cette dernière était dès lors liée par la décision sur opposition de l'EVAM du 19 décembre 2013, de sorte que c'est à bon droit qu'elle a rejeté l'opposition du recourant. 5. Il en découle le rejet du recours, pour autant qu'il est recevable.

- 17 - Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.