

## **VD\_GERICHTE ZE16.053738 vom 27. August 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE16.053738](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE16.053738)

FR: VD\_GERICHTE ZE16.053738 du 27 août 2018

IT: VD\_GERICHTE ZE16.053738 del 27 agosto 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

mai 2014. c) Du côté français, la Circulaire DSS/DACI n° 2002-368 du 27 juin 2002 relative à la mise en œuvre du droit d'option en matière d'assurance maladie prévu par l'accord conclu entre l'Union européenne et la Confédération helvétique sur la libre circulation des personnes le 21 juin 1999, prévoit le cas particulier de l'arrivée d'un nouveau membre (naissance, mariage, adoption) dans la famille d'une personne devant être affiliée en Suisse. Selon le ch. 4, si le travailleur a exercé son droit d'option, l'arrivée d'un nouveau membre ne fait pas acquérir de nouveau le droit d'option à la famille puisque l'option a déjà été exercée et qu'elle vaut globalement pour toute la famille. 4. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'ALCP et le règlement cité sont applicables au recourant du point de vue personnel (art. 2 par. 1 Règlement n° 883/2004) et matériel (art. 3 par. 1 let. a Règlement n° 883/2004). Le recourant, fils d'un frontalier résidant en France et travaillant en Suisse, s'est vu résilier son contrat auprès de l'intimée avec effet rétroactif au 1er août 2013. Celle-ci a considéré qu'il ne pouvait pas s'affilier au système d'assurance-maladie suisse, en justifiant ceci d'abord en raison d'une double affiliation (cf. décision sur opposition du 3 novembre 2016), puis par le fait que le père du recourant avait déjà exercé un droit d'option en 2011 pour choisir le système français, ce même si l'intéressé était né en janvier 2013 (cf. décision de reconsidération du 25 avril 2017). Le recourant fait quant à lui valoir que jusqu'au 1er février 2013, une naissance était considérée comme un fait générateur permettant aux personnes concernées de changer de système d'assurance-maladie applicable.

- 16 - Cette problématique peut demeurer ouverte, dès lors que l'assuré ne peut être affilié en Suisse. En effet, dans le cas où il était légitimé à déposer une demande, cela aurait dû être fait dans un délai de trois mois dès le fait générateur, auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance du lieu du travail de son père, soit le SAM. Cela n'a pas été fait, ce qu'a confirmé le SAM dans son courrier du 6 décembre 2017. La demande d'affiliation, adressée qui plus est en juillet 2013 seulement à l'intimée, ne permet en aucun cas de modifier ce qui précède. 5. Le recourant fait valoir qu'il n'a pas été correctement informé par l'intimée et se prévaut du principe de la protection de la bonne foi. a) Une déclaration erronée peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (ou l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). D'après la jurisprudence, il faut que (a) le renseignement ait été donné sans réserve, (b) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (c) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (d) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (e) que celui-ci se soit fondé sur

les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, (f) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée et que (g) l'intérêt à l'application du droit positif ne l'emporte pas sur la protection de la confiance (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2). b) En l'occurrence, dans ses courriers des 17 décembre 2012 et 24 septembre 2013, l'intimée a proposé, respectivement confirmé l'affiliation du recourant, sans réserve. Celui-ci était fondé à considérer B. \_\_\_\_\_ comme compétente pour l'informer de son affiliation auprès d'elle. Le recourant n'a pas non plus pu se rendre compte immédiatement

- 17 - de l'inexactitude du renseignement obtenu. En outre, depuis le moment où le renseignement erroné a été donné, la réglementation n'a pas changé. L'on peut de surcroît retenir que l'intérêt à l'application du droit positif ne l'emporte pas sur la protection de la confiance (cf. TF 9C\_263/217 du 21 mars 2018 consid. 7.2.1, où l'assureur-maladie a également annulé les contrats d'assurance-maladie des recourants avec effet rétroactif). Il reste ainsi à examiner si le recourant s'est fondé sur les assurances dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (cf. supra, condition e). Le 17 décembre 2012, B. \_\_\_\_\_ a adressé au père du recourant un formulaire d'adhésion pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie selon la LAMal pour son enfant à naître. Ce document était déjà complété s'agissant des données administratives et prévoyait une date de début d'assurance, de même que le montant de la prime mensuelle. En dehors de quelques points mineurs, tels que le choix du mode de paiement des primes, il ne restait plus qu'à signer et renvoyer ce document à l'intimée, ce que le père du recourant a fait en juillet 2013, en rectifiant la date du début de l'assurance au 1er août 2013. Celui-ci s'est fondé de bonne foi sur ce document pour résilier le contrat d'assurance du recourant auprès de l'assureur français O. \_\_\_\_\_ pour la fin du mois de juillet 2013. Même si B. \_\_\_\_\_ n'avait à ce moment pas encore officiellement confirmé l'affiliation du recourant dès le 1er août 2013, elle l'a fait peu après, soit dans son courrier du 24 septembre 2013, au lieu de le rendre attentif au fait qu'il ne pouvait pas être affilié en Suisse. Ce n'est que le 9 septembre 2014, soit plus d'une année après le début du contrat d'assurance, qu'elle a informé de la situation et de la résiliation avec effet rétroactif au 1er août 2013. Ainsi, en lien avec les renseignements erronés de l'intimée, le père du recourant a pris des dispositions pour son fils, soit résilier son contrat d'assurance-maladie française, respectivement ne pas en conclure rapidement un nouveau, de sorte que l'intéressé n'était affilié à aucune assurance-maladie pour la période du 1er août 2013 au 30 septembre 2014. Se pose encore la question de savoir si cette situation entraîne bel et bien un préjudice. Il s'agit ainsi de déterminer si le recourant a la

- 18 - possibilité de s'affilier rétroactivement à une assurance-maladie française pour la période précitée. A ce sujet, seul l'intéressé s'est exprimé, faisant valoir que les frais médicaux resteraient à sa charge du fait de la non- rétroactivité des contrats d'assurance-maladie français. Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il appartient en premier lieu d'instruire (cf. art. 43 LPGa), afin qu'elle détermine les possibilités d'affiliation du recourant à une assurance- maladie en France pour la période litigieuse. Si elle parvient à la conclusion qu'aucune forme d'assurance n'est possible, la condition du préjudice serait remplie, comme toutes les autres relatives à l'application du principe de la protection de la confiance. Il en résulterait que le recourant devrait – malgré l'application du droit positif – rester assuré auprès de l'intimée pour l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal pour la période du 1er août 2013 au 30

septembre 2014, et dès lors, bénéficiaire d'une prise en charge de ses frais médicaux. 6. a) En définitive, le recours doit être admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition du 3 novembre 2016 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision (en ce qui concerne la décision de reconsidération du 25 avril 2017, voir consid. 1d supra). b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr., supportés par B.\_\_\_\_\_, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la juge unique

- 19 - p r o n o n c e : I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 3 novembre 2016 par B.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. B.\_\_\_\_\_ versera à A.A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me Martin Ahlström (pour A.A.\_\_\_\_\_, agissant par ses parents) - B.\_\_\_\_\_ - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies.

- 20 - 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 :

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