

VD_OMNI PS.2015.0045 vom 29. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_omni_PS.2015.0045

FR: VD_OMNI PS.2015.0045 du 29 juillet 2015

IT: VD_OMNI PS.2015.0045 del 29 luglio 2015

Regeste

X. _____ /Département de l'économie et du sport, EVAM, Etablissement vaudois d'accueil des migrants | Recours d'un requérant d'asile débouté, au bénéfice d'une admission provisoire, contre le refus d'autoriser son transfert d'une assurance-maladie collective à une couverture individuelle. La réglementation fédérale en la matière permet aux cantons de limiter les requérants d'asile et les personnes à protéger sans autorisation de séjour (auxquels sont assimilées les personnes admises provisoirement) dans le choix de leur assureur, en les affiliant par exemple au moyen d'un contrat-cadre. Le droit vaudois concrétise ce système au niveau cantonal et précise les conditions auxquelles la police d'assurance peut être transférée au bénéficiaire. Le grief du recourant tiré d'une violation du principe de la légalité est infondé: la possibilité de limiter les personnes précitées dans le choix de leur assurance-maladie répond bien à la volonté du législateur, lequel s'est préoccupé d'accorder un encadrement médical de base tout en réduisant au mieux les risques financiers. Les dispositions légales formelles et les normes d'application constituent une base légale suffisante pour fonder la restriction décriée. Pour le surplus, le recourant ne prétend pas que les conditions permettant son transfert en police d'assurance individuelle seraient réalisées. Recours rejeté. Recours au TF irrecevable, faute de satisfaire aux exigences de motivation de la LTF (TF 8C_604/2015)

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile (cf. art. 95 de la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD; RSV 173.36], applicable par renvoi de l'art. 74 LARA), le recours satisfait par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 79 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

E. 2

Est litigieuse la question du transfert du recourant, requérant d'asile débouté au bénéfice d'une admission provisoire, d'une assurance-maladie collective à une couverture individuelle.

E. 3

Lorsque la police d'assurance est transférée au bénéficiaire conformément à l'alinéa 2, l'intéressé n'est plus considéré comme affilié par l'établissement.

E. 3.2

Liberté de contracter Le règlement [RLARA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 septembre 2014] détermine par ailleurs les conditions dans lesquelles les bénéficiaires se

trouvent limités dans leur liberté de contracter ainsi que de la suspension au droit à un subsidie. Il vise à favoriser l'autonomisation des personnes concernées, tout en limitant les risques pouvant résulter de celle-ci pour les individus ou pour l'Etat. La suppression de la restriction à la liberté de contracter intervient d'office avec effet au 31 décembre de l'année en cours si la personne cumule six mois d'autonomie financière au 31 octobre. Cette disposition permet à l'intéressé de choisir ses conditions d'assurance pour l'année à venir, à savoir son assurance et le niveau de sa franchise, en fonction de sa situation personnelle et financière. Dans ce cadre, le délai d'attente de six mois, sur lequel se concentre l'interpellation, fonctionne comme un critère prudentiel. Il permet de former la présomption que l'autonomie financière revêt un caractère de relative stabilité puisqu'elle se maintient sur la durée sans discontinuité. Il s'agit de réduire le risque que la personne ayant repris la gestion de sa police d'assurance-maladie se trouve dans l'impossibilité de faire face à ses obligations vis-à-vis de la LAMal, à savoir le paiement régulier des primes (déduction faite d'un éventuel subsidie), et, en cas de consommation de prestations médicales, des participations et de la franchise. Une éventuelle interruption du paiement des primes est à éviter dans la mesure du possible. Elle conduit en effet à la suspension de la prise en charge par la caisse-maladie, aux conséquences néfastes pour l'assuré, pour le prestataire des soins et pour l'Etat. En ce qui concerne une libération de la restriction de la liberté de contracter en cours d'année, il convient de noter qu'elle comporte un risque supplémentaire pour l'intéressé et n'intervient dès lors pas d'office mais uniquement sur demande de ce dernier. Pour des raisons d'économie globale, l'ensemble des demandeurs d'asile affiliés par l'EVAM sont assurés avec la franchise maximale (à savoir Fr. 2'500.– pour les adultes). Le droit fédéral exclut une modification à la baisse du niveau de la franchise en cours d'année civile. Au moment de prendre la gestion de l'assurance-maladie à leur charge, les demandeurs d'asile peuvent ainsi se retrouver avec un solde de franchise élevé, ce qui représente un risque financier en cas de maladie. Néanmoins, les personnes n'ayant plus aucun autre lien d'assistance avec l'EVAM sont exonérées du délai d'attente de 6 mois et peuvent donc sortir immédiatement de l'assurance maladie collective de l'EVAM, ce qui favorise leur accession à l'autonomie complète ".

E. 4

a) En l'occurrence, on discerne dans l'argumentation pour le moins confuse du recourant qu'il reproche à l'autorité intimée de lui refuser l'accès à une couverture d'assurance-maladie individuelle, sans base légale suffisante. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le principe de la légalité, consacré à l'art. 5 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), exige de façon générale que l'ensemble de l'activité étatique se fonde sur la loi et repose ainsi sur une base légale. L'exigence de la base légale signifie que les actes étatiques doivent trouver leur fondement dans une loi au sens matériel, qui soit suffisamment précise et déterminée, et qui émane de l'autorité constitutionnellement compétente. L'exigence de précision de la norme (ou de densité normative) est relative et varie selon les domaines. Elle dépend notamment de la gravité des atteintes qu'elle comporte aux droits fondamentaux. Le législateur ne définit toutefois que les grandes lignes de la réglementation. Les détails et les questions dont le traitement suppose des connaissances spécialisées sont réglés par voie d'ordonnance (cf. ATF 131 II 13 consid. 6.5.1; TF 2C_580/2010 du 12 janvier 2011 consid. 4.2 et les références). Conformément aux développements précités (cf. consid. 3 supra), il appert que la possibilité de limiter les étrangers au bénéfice d'une admission provisoire (au même titre que les requérants d'asile) dans le choix de leur assurance-maladie répond bien à la volonté

du législateur, lequel s'est préoccupé d'accorder à ces personnes un encadrement médical de base, tout en réduisant au mieux les risques financiers encourus par les autres intervenants (caisses-maladie, prestataires de soins, Etat). Aussi le droit fédéral, en particulier les art. 82a LAsi et 41 LAMal, permet-il expressément aux cantons de limiter le choix de l'assureur et des fournisseurs de soins dans le cadre du droit d'asile. Ces dispositions légales formelles, concrétisées par des normes d'application cantonales, représentent assurément une base légale suffisante pour fonder la restriction décriée. Elles ont du reste été confirmées très récemment par le Tribunal fédéral dans un arrêt rendu à l'endroit du recourant, dans un autre contexte (cf. TF 9C_233/2015 du 2 juillet 2015 consid. 3). Dans sa jurisprudence rendue avant l'adoption de l'art. 82a LAsi, la haute Cour avait d'ailleurs déjà considéré cette restriction comme étant licite (cf. ATF 133 V 353). Partant, le grief tiré de l'absence de base légale se révèle infondé. b) Le recourant invoque ensuite en vrac toute une série de principes juridiques suisses ou étrangers, sans toutefois exposer en quoi ils auraient été violés par l'autorité intimée. Faute d'être suffisamment motivés, ces moyens n'ont pas à être examinés plus avant. Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les griefs, respectivement les conclusions du recours tendant à la destruction des données personnelles du recourant au sein du réseau RESAMI et à l'obtention d'une réparation morale, qui sortent du cadre fixé par la décision entreprise et sont dès lors irrecevables (cf. art. 79 LPA-VD; voir également ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). c) Pour le surplus, le recourant ne prétend pas que sa situation financière devrait permettre son transfert, d'office ou sur demande, en police d'assurance individuelle, en application de l'art. 9 RLARA. Selon les faits constatés par l'EVAM dans sa décision sur opposition du 17 décembre 2014, non remis en cause dans le cadre du recours, il apparaît en effet que l'intéressé est assisté par l'établissement depuis le 1^{er} juillet 2005. Dans ces conditions, c'est à juste titre que le transfert du recourant en assurance-maladie individuelle lui a été refusé.

E. 5

En définitive, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (cf. art. 4 al. 3 du tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA; RSV 173.36.5.1]), bien que le recours frise la témérité, ni allocation de dépens (cf. art. 55 al. 1 a contrario LPA-VD).

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