

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mai 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

T. _____, à Jongny, recourant, représenté par DAS Protection juridique SA,
à Lausanne

et

CAISSE-MALADIE L. _____, à Martigny, intimée.

Art. 49 al. 1 LPGA et 94 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. a) T._____ (ci-après: l'assuré), né en 1964, a travaillé du 1^{er} août 1991 au 30 juin 2000 en qualité de dessinateur-électricien au service électromécanique de l'entreprise A._____.

Conformément à un "contrat de dissolution des rapports de service" du 5 mai 2000, les relations de travail entre A._____ et T._____ ont pris fin le 30 juin 2000, ce dernier "ayant accepté le poste offert à Renens auprès de K._____ Ingénieurs-Conseils SA".

b) Pendant toute la durée des rapports de travail avec A._____, T._____ était affilié à la Caisse-maladie L._____, qui revêt la forme juridique d'une fondation depuis 1995.

Par décision du 27 février 1996, le Conseil de fondation de la Caisse-maladie L._____, se référant à une "convention signée entre l'ancienne Association Caisse-maladie L._____, d'une part, et le Z._____ et la Caisse-maladie W._____, d'autre part", a adopté un "Règlement du Fonds pour fluctuations de primes", ayant pour but, selon son art. 1, "de définir les modalités d'utilisation d'un montant de frs. 2'000'000,- (deux millions de francs) attribué au fonds pour fluctuation de primes en faveur des membres assurés à la Caisse au moment de la transformation de son statut juridique".

L'art. 2 de ce règlement stipule que "[s]ont seuls bénéficiaires du fonds les membres assurés à l'assurance de base de la Caisse-maladie L._____ en date du 24 août 1995 selon la liste des assurés établie à cet effet. En cas de démission de la caisse, de résiliation de l'engagement auprès du cercle des entreprises partenaires, avant le droit à la retraite, ou de décès, le droit aux attributions du fonds s'éteint. Ce droit est personnel et incessible." Cet art. 2 a été modifié avec effet au 1^{er} octobre 1999 en ce sens qu'il a été ajouté qu'"[e]n cas de résiliation de

l'engagement par l'entreprise, pour des raisons économiques ou de restructuration, le droit aux prestations du fonds est maintenu".

c) Dès l'instauration de ce fonds pour fluctuation de primes, T._____ a bénéficié d'une réduction de sa prime d'assurance-maladie de base, par le biais d'un "subside" provenant de ce fonds, d'un montant mensuel qui a varié entre 30 fr. et 50 fr., selon les années considérées.

d) Apprenant que l'entreprise A._____ avait décidé de mettre un terme aux rapports de travail la liant à T._____ et que ce dernier serait employé de l'entreprise K._____ Ingénieurs-Conseils SA dès le 1^{er} juillet 2000, la Caisse-maladie L._____ a écrit à l'assuré une lettre recommandée du 21 juin 2000 dans laquelle elle constatait que T._____ serait transféré dès le 1^{er} juillet 2000 dans le groupe des assurés qui n'étaient plus employés par les entreprises partenaires de cette caisse. Cela étant, elle lui a rappelé qu'il bénéficiait "du subside spécial du fonds pour fluctuation de primes alloué aux membres affiliés à l'assurance des soins, auprès de notre caisse-maladie, le 24 août 1995".

T._____ a donné sa démission à K._____ Ingénieurs-Conseils SA avec effet au 30 avril 2001.

e) Au mois de septembre 2008, la Caisse-maladie L._____ a informé par écrit T._____ que, pour l'année 2009, le "subside" mensuel de sa prime d'assurance-maladie de base par le biais du fonds pour fluctuation de primes s'élèverait à 40 fr.

A la mi-décembre 2008, T._____ a reçu de la Caisse-maladie L._____ une facture de primes pour le mois de janvier 2009, qui ne comportait aucune déduction à titre de "subside" du fonds de fluctuation de prime.

f) L'assuré ayant demandé des explications, la Caisse-maladie L._____ lui a écrit ce qui suit par lettre du 23 décembre 2008:

"A la suite d'un contrôle de votre dossier, nous avons constaté que vous ne faites plus partie des collaborateurs d'A. _____ depuis plusieurs années.

Aussi, vous n'avez plus le droit au fond de fluctuation A. _____ et selon le règlement ad hoc qui précise qu'en cas de résiliation de l'engagement auprès du cercle des entreprises partenaires avant le droit à la retraite ou en cas de décès, le droit aux attributions du fonds s'éteint.

Ce rabais, de Fr. 40.-- par mois, sera donc annulé dès le 1^{er} janvier 2009."

g) L'assuré, par son mandataire DAS Protection Juridique SA, ayant maintenu être en droit de percevoir le "subside" du fonds de fluctuation de primes, il s'en est suivi un échange de courriers électroniques et postaux.

B. a) Finalement, le 4 mai 2009, la Caisse-maladie L. _____ a rendu une "décision formelle" par laquelle elle "mainten[ait] [sa] décision concernant la suppression du Fonds de fluctuation attribué, à tort, durant plusieurs années, à M. T. _____"; elle indiquait que cette décision entrerait en force si elle n'était pas attaquée par la voie de l'opposition (art. 52 LPGGA) dans les 30 jours dès sa communication.

b) T. _____ a fait opposition à cette décision par acte du 3 juin 2009, en demandant à la Caisse de lui accorder le "subside" auquel il avait droit au titre du fonds pour fluctuation de primes.

c) En date du 24 août 2009, la Caisse-maladie L. _____ a adressé à l'assuré un courrier indiquant que la procédure d'opposition au sens des art. 49 ss LPGGA ne semblait pas opportune en l'espèce dans la mesure où le litige ne portait en aucun cas sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de la LPGGA, ou plus précisément au sens de la LAMal, de sorte que la Caisse n'était pas en droit de statuer par voie de décision à ce sujet, le litige paraissant plutôt relever du droit privé.

Le 22 décembre 2009, l'assuré a contesté la prise de position de la Caisse-maladie L. _____ du 24 août 2009 et a exigé qu'une décision sur opposition fût rendue.

d) Le 10 février 2010, la Caisse-maladie L. _____ a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé ne pas être compétente pour rendre une décision, au sens de la LPGA, sur l'octroi ou le refus du droit de l'assuré au "subside" litigieux. A l'appui de cette décision sur opposition, elle a exposé ce qui suit:

"A titre liminaire, il sied de distinguer les entités Caisse-maladie L. _____ et A. _____ qui est l'ancien employeur de M. T. _____.

En l'espèce, et s'agissant d'une participation dispensée par A. _____, ancien employeur de M. T. _____, pour ses employés, la Caisse-maladie L. _____ n'est pas compétente pour statuer sur l'octroi ou le refus d'un tel «subside».

En effet, la caisse-maladie ne peut que se répéter et vous informer que le subside dont bénéficiait votre client dépendait des directives internes de son ancien employeur, liant la caisse. Seul ce dernier devrait se déterminer sur ce point. Cette participation dépend du règlement interne du personnel de l'entreprise A. _____.

A titre superfétatoire, il sied également de préciser qu'une caisse-maladie n'est pas non plus compétente pour décider de l'octroi de subside au sens des art. 65 ss LAMal.

In casu, il appert des relations avec A. _____, que M. T. _____ n'est plus employé de cette dernière. Il ne remplit donc vraisemblablement plus les critères d'octroi du subside et a été rayé du cercle des ayants droit. La caisse-maladie a informé M. T. _____ de la suppression de son droit dès le 1^{er} janvier 2009 sans effet rétroactif à titre de bien plaie, alors que ce dernier avait résilié ses rapports de travail antérieurement tout en continuant de percevoir, par erreur, ce subside.

Pour ce qui est de la procédure d'opposition, nous vous rappelons qu'un courrier rectificatif vous est parvenu durant le mois d'août 2009. Le but n'était pas d'empêcher tout recours de la part de l'assuré; la caisse se devait uniquement d'attirer votre attention sur le fait que la procédure entamée n'était pas la procédure adéquate au vu des faits. Ce qu'elle maintient toujours.

Pour le surplus A. _____, ne peut que constater que vous n'apportez aucun élément nouveau à votre argumentaire, pas plus qu'une prise de position de l'ancien employeur de M. T. _____ d'ailleurs.

Le présent litige ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations (au sens de la LAMal s'entend), la caisse-maladie ne peut que maintenir ne pas être compétente en l'espèce et qu'il s'agit vraisemblablement d'un litige opposant M. T. _____ à son ancien employeur.

Ainsi, le présent litige semble avant tout relever d'un conflit entre M. T. _____ et A. _____. La caisse-maladie ne pouvant attribuer de «subsidés» que sur décision de l'entreprise A. _____, il revient à M. T. _____ de s'adresser directement à cette dernière."

C. a) L'assuré, représenté par DAS Protection Juridique SA, recourt contre cette décision sur opposition par acte du 12 mars 2010. Se référant à l'art. 2 du règlement du fonds pour fluctuation de primes adopté par le conseil de Fondation de la Caisse-maladie L. _____ le 27 février 1996, tel que modifié avec effet au 1^{er} octobre 1999, il expose qu'il était bien affilié à la Caisse-maladie L. _____ en date du 24 août 1995, qu'il n'a jamais démissionné de cette caisse et que c'est suite au désir de l'entreprise A. _____ de se réorganiser que cette société a souhaité mettre un terme à son contrat de travail, alors qu'il n'avait absolument rien à se reprocher dans les rapports de travail. Le recourant soutient ainsi que dès le 30 juin 2000, il a obtenu le droit irrévocable de bénéficier du "subside" de fluctuation de prime et ce bien évidemment pour autant qu'il maintienne son affiliation à la Caisse-maladie L. _____, toutes les conditions mises par le règlement précité étant réunies. Selon lui, ce n'est donc pas par erreur qu'il a bénéficié dudit "subside" depuis le 1^{er} juillet 2000, l'erreur consistant bien plutôt en la tentative de l'en priver depuis le 1^{er} janvier 2009. Le recourant conclut ainsi, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 10 février 2010 rendue par la Caisse-maladie L. _____ et à ce qu'il soit dit qu'il a droit au "subside" du fonds de fluctuation de prime, prévu par l'art. 2 du règlement du fonds pour fluctuation adopté le 27 février 1996 par le Conseil de fondation de la Caisse-maladie L. _____, pour l'année 2009 d'un montant de 40 fr. par mois et pour les années suivantes du montant qui sera versé aux autres bénéficiaires dudit fonds. Il requiert en outre la production par la Caisse de diverses pièces.

b) Dans sa réponse du 28 avril 2010, la Caisse-maladie L._____ fait valoir que le présent litige ne concerne pas l'octroi ou refus de prestations au sens des art. 24 ss LAMal, et que ce n'est que sur l'insistance du recourant qu'elle a statué sur son incompétence par voie de décision sur opposition. En conséquence, le Tribunal de céans ne serait pas non plus compétent en raison de la matière et le recours devrait être déclaré irrecevable.

Sur le fond, la Caisse-maladie L._____ relève à titre liminaire qu'il faut distinguer les entités Caisse-maladie L._____ et A._____ qui est l'ancien employeur du recourant. Un fonds de fluctuation provient du fait que lorsque la Caisse-maladie L._____ s'est affiliée au Z._____ le 24 août 1995, ce fonds existait déjà et avait été constitué par les assurés membres et par leur employeur; ainsi, afin de privilégier les assurés ayant contribué à ce fonds, le Conseil de fondation de la Caisse-maladie L._____ a introduit un subventionnement de leurs primes d'assurance obligatoire des soins. En l'espèce, s'agissant d'une participation octroyée par A._____, ancien employeur du recourant, pour ses employés, la Caisse-maladie L._____ n'est pas compétente pour statuer sur l'octroi ou le refus d'un tel "subside", mais il revient directement à A._____ d'en informer la Caisse. La Caisse-maladie L._____ n'a, par ailleurs, aucun droit de regard ou de recours contre ce type de décision.

La Caisse-maladie L._____ relève qu'elle n'a eu de cesse d'informer l'assuré et son mandataire que le versement du montant de 40 fr. dépendait des conditions d'octroi fixées par l'ancien employeur du recourant, soit l'entreprise A._____. Or le recourant a quitté, de lui-même, le Groupe A._____ - dont K._____ Ingénieurs-Conseils SA faisait partie - en avril 2001. Dès lors, non seulement il ne fait plus partie du cercle des bénéficiaires, mais en outre il ne remplit pas les conditions prévues à l'art. 2 du règlement. Il serait donc choquant de maintenir, à vie, le droit au "subside" du recourant après la fin des rapports de travail en 2001 alors que celui-ci les a unilatéralement résiliés. Toutefois, à titre de bien plaisir, l'assureur a simplement annulé le "subside" accordé

indûment jusqu'au 1^{er} janvier 2009 et a renoncé à tout remboursement du montant alloué à tort.

Estimant enfin qu'il ne revenait pas à la caisse-maladie de transmettre la liste des personnes percevant ce "subside", notamment pour des raisons de protection des données, et qu'on ne voyait par ailleurs pas en quoi une telle liste pourrait intéresser le recourant et dans quelle mesure il pourrait en retirer un droit, la Caisse-maladie L. _____ conclut à la forme à ce que le recours soit déclaré irrecevable, et au fond à ce qu'il soit rejeté, la décision sur opposition du 10 février 2010 étant confirmée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]).

La LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales (art. 57 LPGA).

Dans le canton de Vaud, c'est la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui est compétente pour connaître des recours conformément à l'art. 57 LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique

sur ces recours lorsque la valeur litigieuse ne dépasse pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), ce qui est le cas en l'espèce dès lors que le litige porte sur un montant de 480 fr. par année.

b) L'art. 49 al. 1 LPGA ne vise que les prestations, créances ou injonctions relevant du droit des assurances sociales (cf. art. 55 al. 2 in fine LPGA), et, à l'intérieur de cette catégorie, il s'applique uniquement aux décisions dont le fondement juridique relève de la LPGA (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n. 7 ad art. 49 LPGA). Une caisse-maladie, au sens de l'art. 12 LAMal, ne peut ainsi rendre de décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA, susceptible d'être attaquée par voie d'opposition (art. 52 al. 1 LPGA) - la décision sur opposition étant ensuite elle-même susceptible de recours au tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA) -, que sur des prestations ou créances qui ont leur fondement dans la LAMal et concernent l'assurance obligatoire des soins ou l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue par les art. 67 ss LAMal (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 1199 p. 811).

c) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à un "subside", sous forme d'un rabais mensuel, sur sa prime de l'assurance obligatoire des soins auprès de la Caisse-maladie L._____. Ce "subside", dont le recourant a bénéficié jusqu'au 31 décembre 2008, est financé par un Fonds pour fluctuations de primes auquel a été attribué un montant de 2'000'000 fr. par une convention signée entre l'ancienne Association Caisse-maladie L._____, d'une part, et le Z._____ et la Caisse-maladie W._____, d'autre part; les bénéficiaires de ce fonds sont définis par un "Règlement du Fonds pour fluctuations de primes" adopté le 27 février 1996, sur la base de la convention précitée, par le Conseil de fondation de la Caisse-maladie L._____.

Force est ainsi de constater que le "subside" litigieux ne trouve pas son fondement juridique dans la LAMal. Celle-ci ne régit en effet pas les "subsides" privés, que ceux-ci soient accordés par un employeur ou sur

la base d'un fonds pour fluctuations de primes créé par une convention de droit privé (pour les subsides alloués par les cantons aux assurés de condition économique modeste pour le paiement de tout ou partie de leurs primes de l'assurance obligatoire des soins, cf. art. 65 ss LAMal et, dans le canton de Vaud, art. 9 al. 1 LVLAMal [Loi cantonale vaudoise du 25 juin 1996 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; RSV 832.01]). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée - après avoir dans un premier temps considéré à tort que la suppression du "subside" litigieux pouvait faire l'objet d'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA - a constaté dans sa décision sur opposition du 10 février 2010 présentement attaquée qu'elle n'était pas compétente pour rendre une décision, au sens de la LPGA, sur l'octroi ou le refus du "subside" litigieux.

d) Le recourant avait le droit d'obtenir de l'intimée une décision - respectivement une décision sur opposition - sur la compétence de l'intimée pour statuer par voie de décision (au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA) sur le droit au "subside" litigieux, de manière à pouvoir faire examiner cette question par le tribunal cantonal des assurances, par la voie du recours de l'art. 56 LPGA. Il s'ensuit que la cour des assurances sociales est compétente pour statuer sur le recours et que celui-ci ne doit pas être déclaré irrecevable, mais bien être rejeté comme étant mal fondé.

2. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 10 février 2010.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 février 2010 par la Caisse-maladie L._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- DAS Protection juridique SA (pour T._____),
- Caisse-maladie L._____,
- 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).

La greffière :