

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2021

Composition : Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourant, représenté par son épouse [...], à Lausanne,

et

U._____, à (...), intimée.

Art. 3 et 5 LAMal, art. 15 RLVLAMal

E n f a i t :

A. Né en [...], X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine marocaine, est entré en Suisse le 25 janvier 2016. Il s'est immatriculé à la faculté de [...] de l'Université de [...] le 1^{er} février 2016.

L'intéressé s'est assuré auprès du [...] (ci-après : [...]) contre le risque maladie et accidents, en concluant la police d'assurance « Academic Care – healthcare insurance for students from abroad », valable du 1^{er} février 2017 au 11 septembre 2019. L'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après : OVAM) l'a dispensé de l'obligation d'assurance au sens de la LAMal pour cette même période (cf. attestation établie le 30 janvier 2020 par l'OVAM).

Le 13 novembre 2019, l'assuré a signé une première proposition pour l'assurance obligatoire des soins établie par U._____ (ci-après : U._____ ou l'intimée), avec effet au 1^{er} janvier 2020. Le document a été réceptionné par U._____ le 18 novembre 2019. Il a finalement été contresigné par la conseillère en assurance le 6 février 2020, indiquant une entrée en vigueur modifiée au 12 septembre 2019.

Le 21 février 2020, U._____ a répondu comme suit à la demande d'affiliation de l'assuré :

« La récente demande concernant la proposition d'assurance précitée a fait l'objet de notre meilleure attention.

A ce sujet, nous vous informons que la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) stipule que toute personne doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse et qu'un supplément de prime est facturé en cas d'affiliation tardive.

Selon les informations en notre possession, aucune affiliation à une assurance obligatoire des soins n'a été effectuée avant celle-ci depuis l'échéance de la dispense le 11 septembre 2019, et aucun motif valable ne nous a été communiqué pour excuser ce retard.

Par conséquent, nous sommes contraints de facturer ce supplément de prime pour la période écoulée depuis l'échéance de la dispense, jusqu'à la demande d'affiliation réceptionnée en date du 7 février 2020. Un montant équivalent au 30% de la prime courante

mensuelle brute (avec déduction éventuelle d'un subside et/ou d'un rabais pour périodicité de paiement) sera donc ajouté aux primes usuelles durant 298 jours.

En ce qui concerne le droit aux prestations, celui-ci a pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'assurance obligatoire des soins, soit au 7 février 2020.

(...) »

Une police d'assurance indiquant une entrée en vigueur au 7 février 2020 a été émise le 24 février 2020.

Le 5 mars 2020, l'assuré a contesté la position d'U._____ en faisant valoir notamment qu'il avait entamé les démarches relatives à son affiliation dès novembre 2019. Selon lui, il devait être affilié au 1^{er} janvier 2020, soit au début de la nouvelle année dans laquelle il n'était plus étudiant. Il a également expliqué qu'il n'avait pas les ressources pour payer le supplément de prime réclamé en raison de son affiliation tardive.

Le 3 avril 2020, U._____ a fait savoir à l'assuré qu'elle annulait la facturation du supplément de prime annoncé dans son courrier du 21 février 2020. Elle a en revanche fixé au 12 septembre 2019 la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance obligatoire des soins, respectivement du droit aux prestations, au motif que la dispense octroyée par l'OVAM était valable jusqu'au 11 septembre 2019.

Le 5 avril 2020, l'assuré a contesté cette nouvelle prise de position qui le pénalisait de manière encore plus conséquente sur le plan financier, puisqu'il devait désormais s'acquitter des primes depuis septembre 2019. Il y voyait un comportement contraire au principe de la bonne foi. Selon lui, son affiliation à une assurance obligatoire de soins devait être qualifiée de tardive puisqu'elle intervenait plus de trois mois après sa prise de domicile en Suisse, et devait être sanctionnée en application des art. 3 et 5 LAMal ; la facturation débutait ainsi dès l'affiliation, au 1^{er} janvier 2020.

Une police d'assurance a été émise le 6 avril 2020 indiquant une entrée en vigueur au 12 septembre 2019.

U._____ a répondu à l'assuré le 23 avril 2020 que l'entrée en vigueur de son contrat d'assurance était toujours fixée au 12 septembre 2019 afin que sa couverture d'assurance ne subisse aucune interruption. La facturation de 1'493 fr. 85 concernant la période d'affiliation du 12 septembre 2019 au 6 février 2020 était par conséquent maintenue.

Par courrier du 1^{er} mai 2020, l'assuré a exposé à nouveau l'argumentation développée dans le cadre de son courrier du 5 avril 2020.

Le 26 mai 2020, U._____ a adressé une décision à l'assuré confirmant le début son assurance au 12 septembre 2019.

L'assuré a formé une opposition à cette décision lors d'un entretien personnel dans les locaux U._____ le 16 juin 2020. Il a formulé sa contestation selon les termes suivants :

- « 1. Il n'y a cependant pas d'affiliation ex lege ... ATF 126 V 265 consid. 3b.
2. Par rapport au but : « afin d'éviter toute interruption » dans mon cas il y en a pas c'est ma 1^{er} affiliation.
3. Article 8, alinéa 1. L'un des buts c'est de ne pas mettre dans la gêne l'assuré ave des paiements rétroactifs des primes qui dépassent les 3 mois.
4. je ne travaille pas je n'ai pas d'argent pour payer 4 mois en plus.
5. suite au contact au téléphone, nous sommes venus pour faire opposition à l'oral. On s'attendait à une discussion avec le service juridique avec prise de PV. Au lieu on était obligé de rédiger nous-même nos arguments on aurait pu du coup le faire à la maison.
6. Une des collaboratrices qui nous a reçu estime que nous n'avons pas d'arguments or, je tiens à préciser que Assura n'est pas juge mais plutôt partie à cette opposition et qu'elle n'a pas plus d'arguments (sachant que pour une opposition telle que celle-ci nous n'avons pas été accueilli par le service juridique) ».

Par décision sur opposition du 3 août 2020, U._____ a rejeté l'opposition du 16 juin 2020 et confirmé sa décision du 26 mai 2020, maintenant que l'affiliation à l'assurance obligatoire de soins de l'assuré a débuté le 12 septembre 2019, conformément à la police d'assurance établie le 6 avril 2020.

B. Par acte du 7 septembre 2020, X._____, représenté par son épouse [...], a interjeté un recours à l'encontre de la décision sur opposition du 3 août 2020, en concluant essentiellement à ce que l'assurance obligatoire de soins débute au 1^{er} janvier 2020, et que l'affiliation tardive à cette date soit excusée, subsidiairement sanctionnée selon l'article 8 al. 1 OAMal « en dessous des 30% de la prime ». A titre très subsidiaire, il a conclu à ce que l'intimée soit « assign[ée] à ne pas percevoir des primes rétroactives avant le 1^{er} janvier 2020 et à reconsidérer le retard sous les critères du caractère excusable ainsi que de la situation économique [de son couple] conformément aux art. 5 al. 2 LAMal et 8 al. 1 OAMal ». En substance, l'assuré a maintenu l'argumentation selon laquelle il s'est affilié tardivement au 1^{er} janvier 2020 au lieu du 12 septembre 2019 et que partant, la prime n'était due qu'à partir de cette première date. Selon lui, il s'agissait d'une première affiliation à une assurance obligatoire des soins, puisqu'il avait été dispensé jusqu'alors, de sorte il n'y avait pas eu « d'interruption d'assurance » selon l'art. 7 LAMal entre septembre et décembre 2019. L'affiliation tardive était par ailleurs excusable dans la mesure où le [...] ne l'avait informé qu'en janvier 2020 de la fin de la dispense de l'obligation de s'assurer auprès d'une assurance obligatoire des soins. Il a également reproché à U._____ d'avoir changé son argumentation à plusieurs reprises, considérant qu'elle avait agi arbitrairement dans le traitement de son dossier. Enfin, il a rappelé qu'il n'avait pas les ressources financières nécessaires pour s'acquitter des primes réclamées ou d'une pénalité pour affiliation tardive.

Par réponse du 23 octobre 2020, l'intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition entreprise. Elle conteste en substance que les règles relatives à l'affiliation tardive s'appliquent dans le cas du recourant et confirme que le début d'assurance est fixé au lendemain de l'échéance de la dispense, afin d'éviter une lacune de couverture.

Le recourant a répliqué le 26 novembre 2020. Il revient pour l'essentiel sur les règles relatives à l'affiliation tardive à l'échéance d'une dispense.

Par duplique du 8 janvier 2021, l'intimée a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) La valeur litigieuse est déterminée par l'objet du litige. En l'occurrence, l'intimée réclame le montant des primes d'assurance pour la période courant du 12 septembre au 6 février 2020, correspondant à une facturation totale de 1'493 fr. 85. La valeur litigieuse est ainsi inférieure à 30'000 francs. La cause relève donc de la compétence d'un juge unique de la Cour en application de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine

ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le bien-fondé de l'affiliation du recourant à l'assurance obligatoire des soins à compter du 12 septembre 2019.

3. a) Selon la loi, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile. Lorsque l'affiliation a lieu dans ce délai, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1 LAMal).

En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard (al. 2). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (al. 3). Le supplément de prime prévu par l'al. 2 de l'art. 5 LAMal est destiné à exercer un effet dissuasif sur toute personne qui serait tentée d'abuser du système en n'y adhérant qu'au moment où elle a besoin de soins coûteux ou devient plus exposée à la maladie (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77 ss spéc. 125).

Faisant usage de la compétence qui lui a été déléguée (art. 5 al. 2 LAMal), le Conseil fédéral a édicté l'art. 8 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Aux termes de cette

disposition, le supplément de prime prévu à l'art. 5 al. 2 de la loi est prélevé pour le double de la durée du retard d'affiliation. Il se situe entre 30 et 50% de la prime. L'assureur fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met celui-ci dans la gêne, l'assureur fixe un taux inférieur à 30%, en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard (al. 1). Il n'est pas perçu de supplément lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale (al. 2). L'art. 5 al. 2 LAMal ne permet pas la perception de primes arriérées, mais impose la fixation par l'assureur à l'assuré qui s'est affilié tardivement d'une prime supérieure à celle de ses autres assurés (Message du Conseil fédéral, loc. cit.). Aussi la sanction n'a-t-elle, d'emblée, pas été conçue sous la forme d'une prime unique exigible à l'affiliation, mais comme un supplément aux primes mensuelles dont la durée de perception correspond au double de la durée du retard d'affiliation mais à un taux n'excédant pas 50% (ATF 129 V 267 p. 271).

b) Il incombe aux cantons de veiller au respect de l'obligation de s'assurer, et, s'il y a lieu, de procéder conformément à l'art. 6 LAMal à une affiliation d'office d'une personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (ATF 126 V 265), mais aussi de statuer sur les requêtes d'exemption. A cet effet, les cantons désignent l'autorité cantonale compétente pour statuer sur ces requêtes (art. 6 LAMal et 10 al. 2 OAMal) et fixent les règles de procédure. Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (RAMA 2000, KV 102 p. 20 consid 4c). Aussi pour pouvoir bénéficier de cette dispense, les assurés concernés doivent-ils adresser une requête et joindre les attestations comportant les renseignements nécessaires sous peine de voir leur requête rejetée. Dans le canton de Vaud, l'Office vaudois de l'assurance-maladie statue sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 8 let. c RLVLAMal [règlement du 18 septembre 1996 concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; BLV 832.01.1]). Faisant usage de la délégation dans le cadre tracé par le législateur, l'autorité exécutive a prévu par ordonnance

l'exception à l'obligation de s'assurer, sur requête, notamment, des personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, tels les étudiants, écoliers et stagiaires, pour autant que pendant toute la durée de validité de l'exception, elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse (art. 2 al. 4 OAMAL). De même, sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables (art. 2 al. 8 OAMAL).

4. **a)** En l'espèce, il est constant que l'intéressé, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire des soins conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal. Il a toutefois bénéficié d'une dispense jusqu'au 11 septembre 2019, conformément à l'attestation délivrée le 30 janvier 2020 par l'OVAM, en raison de son statut d'étudiant étranger et du fait qu'il était couvert contre le risque maladie par une police d'assurance LCA « Academic Care » établie par l'assureur [...].

A l'échéance d'une dispense, l'art. 15e RLVLAMal prévoit que l'intéressé doit s'affilier sans délai à une assurance obligatoire des soins, ceci dans le but d'éviter des lacunes d'assurance. Le recourant était par conséquent tenu d'être assuré pour les soins en cas de maladie, dès l'échéance de la dispense octroyée jusqu'au 11 septembre 2019. C'est dès lors à juste titre qu'U._____ a fait débiter la couverture d'assurance au lendemain de cette échéance, à savoir dès le 12 septembre 2019, et que, par conséquent, l'intéressé est tenu au paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins à partir de cette date.

b) L'assuré soutient néanmoins qu'il se trouve dans le cas d'une affiliation tardive au sens de l'art. 5 al. 2 LAMal, puisqu'il ne s'est pas affilié dès l'échéance de la dispense, mais uniquement au 1^{er} janvier 2020. Il en déduit que l'assurance déploie ses effets à cette date seulement, de sorte que l'intimée lui réclame à tort un arriéré de prime

pour la période du 12 septembre au 31 décembre 2019. L'intéressé ne peut cependant pas être suivi dans son raisonnement. D'une part, on peine à comprendre sur la base de quel élément il se fonde pour dire qu'il est affilié à une assurance obligatoire des soins au 1^{er} janvier 2020. Il semble penser - à tort - que la fin de l'année durant laquelle il a été étudiant est déterminante pour fixer le début de l'affiliation (cf. courrier du 5 mars 2020). D'autre part, il ne se trouve manifestement pas dans la situation d'une personne qui aurait tardé à s'affilier à la suite de sa prise de domicile en Suisse, au sens de l'art. 3 al. 1 LAMal. Dans son cas, la prise de domicile remonte en effet à son arrivée en Suisse, en janvier 2016. C'est à partir de cette période que l'affiliation aurait pu être qualifiée de tardive s'il n'avait pas requis la dispense après le délai légal de trois mois prévu par l'art. 3 al. 1 LAMal. Que la prise de domicile effective remonte en fait au moment où l'intéressé a fait « des plans de mariage avec sa fiancée », soit en 2018, ainsi qu'il l'explique dans un courrier du 5 avril 2020 à U._____, n'y change rien.

La situation est ainsi différente lorsqu'une dispense est échue. Le cas est spécifiquement réglé par l'art. 15 RLVLAMal, disposition qu'U._____ a appliquée à juste titre.

L'intimée a certes erré avant de parvenir à ce résultat, puisque dans un premier temps, elle a considéré que l'affiliation de l'intéressé était tardive, de sorte qu'elle ne pouvait déployer ses effets qu'à la date de sa demande, enregistrée le 7 février 2020. L'assuré se voyait alors aussi sanctionné d'un supplément de prime, conformément à l'art. 5 al. 2 LAMal. U._____ est revenu sur ces indications le 3 avril 2020. Considérant que l'intéressé n'était pas dans le cas d'une affiliation tardive, elle a annulé la facturation relative au supplément de prime et fixé la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance obligatoire des soins au 12 septembre 2019. Elle a expliqué dans un courrier subséquent du 23 avril 2020 avoir retenu que l'assuré ne se trouvait effectivement pas dans le cas d'une affiliation tardive, puisqu'il avait fait une première demande d'affiliation le 18 novembre 2019, soit dans les trois mois suivant la fin de la dispense d'assurance obligatoire. U._____ a enfin reconnu - à juste

titre - que le délai de trois mois de l'art. 3 LAMal ne s'appliquait en l'occurrence pas au cas de l'assuré, seul l'art. 15e RLVLAMal étant pertinent pour l'examen de son cas. Si ces imprécisions sont regrettables, puisqu'elles ont laissé l'assuré dans l'incertitude de sa situation juridique durant plusieurs mois, il n'empêche qu'en définitive, U._____ a rendu une décision sur opposition fondée sur une application conforme des dispositions légales.

c) L'assuré fait encore valoir qu'il a été mal informé s'agissant de l'échéance de la dispense à l'assurance obligatoire, puisque l'OVAM ne lui a communiqué ce renseignement qu'avec l'attestation du 30 janvier 2020. Il ressort effectivement des éléments au dossier que [...] a tardé à faire les démarches liées à la dispense d'assurance obligatoire et que celle-ci a été accordée rétroactivement le 30 janvier 2020 pour la période du 7 février 2016 au 11 septembre 2019. Ce contretemps n'influence cependant pas la date du début de sa couverture d'assurance, à savoir le 12 septembre 2019. En s'exmatriculant de [...] le 11 septembre 2019, l'intéressé savait d'ailleurs qu'il ne remplissait plus les conditions de dispense liées à son statut d'étudiant étranger dès cette date, et qu'il était tenu de s'affilier sans délai auprès d'un assureur-maladie suisse, en application de l'art. 15e RLVLAMal. Il a d'ailleurs spontanément entrepris les démarches auprès U._____ en complétant une proposition d'assurance le 13 novembre 2019, avec cet objectif, et devait dès lors s'attendre à payer des primes d'assurance, comme toute personne régulièrement domiciliée en Suisse, aussitôt que sa couverture d'assurance n'était plus garantie par [...]. Admettre le contraire reviendrait à reconnaître une lacune d'assurance-maladie pour la période du 12 septembre au 31 décembre 2019, ce qui n'est pas admissible au vu de son caractère obligatoire.

On précisera encore que la situation financière de l'intéressé est sans pertinence s'agissant de l'obligation de s'acquitter du montant des primes d'assurance. Il lui appartient, le cas échéant, de requérir les subsides à l'assurance-maladie auprès de l'OVAM pour assurer une prise en charge totale ou partielle des coûts liés à sa couverture d'assurance.

5. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée, en ce sens que le début de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins est fixée au 12 septembre 2019 et que les primes sont dues dès cette date.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 août 2020 par U. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- [...] (pour X. _____),
- U. _____,
- 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 :