

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2026

Composition : M. DEPRAZ, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Mirko Giorgini, avocat à Lausanne,

et

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, à Lucerne, intimée.

Art. 3 al. 1 et 5 al. 1 et 2 LAMal; 1 al. 1 OAMal.

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de S*** né en ***, est entré en Suisse le 7 juin 2023 et a déposé le 23 juin 2023 une demande d'autorisation de séjour par regroupement familial au Service de la population (ci-après : le SPOP), expliquant que son père vivait en Suisse. Il a été inscrit au contrôle des habitants de la Commune de V*** le 28 juin 2023.

Le 16 juin 2023, l'assuré a été diagnostiqué d'un syndrome d'Ewing de la cuisse gauche à la suite d'une biopsie réalisée le 12 juin 2023 et a subi de nombreux traitements médicaux auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV).

Le 10 janvier 2024, le SPOP a indiqué à l'assuré qu'il était disposé à lui octroyer une autorisation de séjour en vue d'un traitement médical (art. 29 LEI [loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration ; RS 142.20]).

Le 10 avril 2024, l'assuré a adressé une demande d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire de soins auprès de CSS Assurance-maladie SA (ci-après : la Caisse ou l'intimée) dès le 28 juin 2023. Il a en outre indiqué avoir obtenu le 5 avril 2024 une autorisation de séjour. Le 8 mai 2024, la Caisse a confirmé à l'assuré son affiliation à partir du 10 avril 2024.

Le 24 mai 2024, l'assuré, représenté par Me Mirko Giorgini, a formé opposition à la confirmation d'assurance et a requis son affiliation avec effet rétroactif au 28 juin 2023. Il a en substance exposé que son état de santé l'avait empêché de déposer plus tôt sa demande d'affiliation.

Par décision du 29 juillet 2024, la Caisse a fixé la date d'affiliation de l'assuré à l'assurance obligatoire des soins au 10 avril 2024.

Le 16 septembre 2024, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de son avocat, a formé une opposition à cette décision auprès de la Caisse. Il a en substance requis une restitution de délai invoquant un empêchement non fautif en raison des traitements médicaux dont il a fait l'objet. L'assuré a notamment produit une attestation du 11 septembre 2024 de la Dre L._____, cheffe de clinique au Service d'oncologie médicale du CHUV, dont il ressort ce qui suit :

« En raison d'une maladie oncologique rare et agressive, diagnostiquée en Suisse le 16.06.2023, Monsieur B._____ a débuté un traitement complexe, de chimiothérapie le 28.06.2023, selon les guidelines internationales. Il a suivi 15 cures de chimiothérapie à haute dose, dont 8 cycles avant la chirurgie et 6 cycles post chirurgie. L'administration des traitements a nécessité des hospitalisations de plusieurs jours, suivies de 2 opérations. Pendant les traitements, l'état de santé physique et psychique a été altéré en raison des effets indésirables des traitements. Au vu de son état de fatigue, de troubles de la concentration, de l'atteinte transitoire au niveau cognitif, il n'était pas capable de gérer ses affaires administratives. Les troubles cognitifs pendant et post-chimiothérapie sont des effets fréquents rencontrés. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques concrètes sur le nombre de patients qui présentent un certain niveau de déficience cognitive en raison de la chimiothérapie, le pourcentage estimé se situe entre 13 à 70 % des patients. Cet état de fait a commencé à s'améliorer dernièrement mais perdurera encore pendant de nombreux mois, la convalescence post traitements oncologiques durant en moyenne 12 mois. »

Invité par la Caisse à se prononcer, le Dr J._____, médecin-conseil de celle-ci, a relevé que, sur la base des documents à disposition (lettre de sortie, protocole opératoire, protocole de chimiothérapie), l'assuré « n'avait pas présenté une incapacité de discernement, et encore moins sur une période de 7 mois. ».

Par décision sur opposition du 26 novembre 2024, la Caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 29 juillet 2024 fixant l'affiliation au 10 avril 2024. En substance, la Caisse a considéré que l'état de santé de l'assuré ne constituait pas un motif de restitution de délai.

B. Par acte de son conseil du 13 janvier 2025, B._____ a déposé un recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à sa réforme en ce sens que son affiliation prend effet dès le 28 juin 2023, subsidiairement à son annulation.

Dans sa réponse du 20 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

Le 30 avril 2025, le recourant, sous la plume de son conseil, a déposé une réplique dans laquelle il a confirmé ses conclusions et pris une nouvelle conclusion subsidiaire en ce sens qu'aucun supplément de prime au sens de l'art. 5 al. 2 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832. 10) ne soit perçu à son encontre.

Le 27 mai 2025, la Caisse a déposé une duplique dans laquelle elle a confirmé sa position.

En droit :

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). 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 compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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.

2. Le litige porte en l'espèce sur la date d'affiliation du recourant à l'assurance obligatoire des soins. Dans sa réplique, le recourant a conclu

à titre subsidiaire à ce qu'aucun supplément de prime fondé sur l'art. 5 al. 2 LAMal ne soit perçu à son encontre en raison de son affiliation tardive au motif qu'elle serait non fautive. Le recourant n'avait toutefois pris aucune conclusion en ce sens ni dans son opposition ni dans son recours devant la Cour de céans si bien que cette question ne fait pas partie de l'objet du litige et que sa conclusion doit être déclarée irrecevable.

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Ainsi 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 ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Selon l'art. 1 al. 1 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), une personne est domiciliée en Suisse au sens de l'art. 3 al. 1 LAMal lorsqu'elle y a son domicile au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse. L'obtention d'une autorisation de séjour ou d'établissement de la part de la police des étrangers n'est à cet égard pas un critère décisif pour déterminer si une personne s'est valablement constitué un domicile au sens du droit civil (ATF 129 V 77 consid. 5.2 et les références citées).

L'art. 5 al. 1 LAMal précise en outre que lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Selon l'art. 5 al. 2 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.

Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6 al. 1 LAMal). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal). Dans le Canton de Vaud, cette tâche incombe à l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM ; art. 3 de la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [LVLAMal ; BLV 832.01]).

Il résulte de ce qui précède qu'au contraire de ce qui prévaut dans d'autres régimes d'assurances sociales, la qualité d'assuré obligatoire ne s'acquiert pas automatiquement de par la loi mais qu'elle doit être demandée (Stéphanie Perrenoud *in* Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 34).

b) L'art. 3 al. 2 LAMal délègue la compétence au Conseil fédéral d'excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 129 V 77 consid. 4. 2 ; voir aussi ATF 132 V 310 consid. 8.3). Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a prévu l'exception à l'obligation de s'assurer des personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure (art. 2 al. 1 let. b OAMal). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une exception à l'obligation de s'assurer, mais d'une exclusion du droit à l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire : les personnes qui séjournent en Suisse en vue de s'y faire soigner n'ont pas le droit de s'affilier à l'assurance des soins obligatoire (TF 9C_546/2017 du 30 avril 2018 consid.4.2 ; 9C_217/2007 du 8 avril 2008 consid. 3.2).

4. Le recourant invoque d'abord une constatation inexacte et incomplète des faits et fait grief à la décision attaquée de n'avoir que partiellement pris en compte les rapports médicaux au dossier qui démontreraient qu'il a été empêché de manière non fautive de s'affilier à l'assurance-maladie obligatoire dans le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal. Le recourant fait également valoir que la décision attaquée violerait le droit fédéral, plus précisément les art. 3 al. 1 LAMal et 41 LPGA. En substance, il considère que la décision attaquée a retenu à tort que sa demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins était tardive étant donné que les conditions d'une restitution de délai au sens de l'art. 41 LPGA étaient remplies.

a) Il convient d'abord de déterminer si – comme l'ont considéré tant le recourant que l'intimée – l'art. 41 LPGA est applicable au délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal.

aa) En vertu de l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis. Selon la jurisprudence, il faut comprendre par empêchement non fautif, non seulement l'impossibilité objective, comme la force majeure, mais également l'impossibilité subjective due à des circonstances personnelles ou à une erreur excusable (TF 9C_54/2017 du 2 juin 2017 consid. 2.2 ; 9C_387/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.2 ; 9C_209/2012 du 26 juin 2012 consid. 3.1). Les dispositions relatives aux délais des art. 38 ss LPGA s'appliquent aux délais de la procédure administrative interne mais non pas aux délais matériels de prescription ou de péremption ni à aux délais qui conditionnent la naissance du droit aux prestations d'un assureur social (Anne-Sylvie Dupont *in* Commentaire romand LPGA, Bâle 2025, n. 4 *ad* art. 38 et les références citées ; Madeleine Randacher/Richard Weber, *in* Basler Kommentar, ATSG, Bâle 2025, n. 1 *ad* art. 38).

La restitution d'un délai peut également s'imposer eu égard au principe de la protection de la bonne foi, en particulier lorsque l'assuré n'a pas agi parce qu'il a été induit en erreur par de faux renseignements donnés par l'autorité. Un assuré ne saurait toutefois se prévaloir de sa méconnaissance du droit (ATF 131 V 196 consid. 5.2 ; 126 V 308 consid. 2b ; TF 8C_145/2019 du 3 juin 2020 consid. 6. 3. 3 ; 8C_716/2010 du 3 octobre 2011 consid. 4 et les références citées).

bb) En l'occurrence, le délai de trois mois dans lequel toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 1 LAMal) n'est pas un délai de procédure auquel les art. 38 ss LPGA sont applicables. Ce délai a pour effet de déterminer le début du droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire en le faisant

remonter à la date de la demande si celle-ci est intervenue dans les trois mois dès la prise de domicile ou dès la naissance. Il déclenche en outre les conséquences prévues par la loi en cas d'affiliation tardive.

Compte tenu de ce qui précède, les conditions d'une restitution de délai prévues par l'art. 41 LPGA ne sont pas applicables en l'espèce. C'est donc à tort que le recourant se prévaut d'une violation de cette disposition.

b) Au vu de la nature et des effets de l'art. 3 al. 1 LAMal, il est en outre douteux que, comme la jurisprudence l'a admis pour des délais matériels (ATF 114 V 123), une restitution puisse être admise en cas d'empêchement non fautif en application d'un principe général du droit. Quoi qu'il en soit, même à supposer que ce soit le cas, une restitution ne serait à l'évidence pas admissible dans le cas particulier. S'il n'est pas contesté que le recourant a dû subir un traitement médical lourd peu après son arrivée en Suisse, il n'est aucunement établi qu'il aurait été empêché de procéder à l'acte administratif simple que constitue son affiliation à l'assurance obligatoire des soins avant le 10 avril 2024. En effet, selon la jurisprudence, qui n'admet la restitution de délai qu'à des conditions restrictives, l'empêchement non fautif en cas de maladie suppose non seulement que la personne elle-même ne soit pas en mesure d'agir en raison de son état physique ou mental mais aussi qu'elle ne puisse pas charger un tiers de procéder à l'acte omis (ATF 119 II 86 consid. 2a, traduit *in* JdT 1994 I 55).

Or, en l'occurrence, il ressort d'abord du dossier que le recourant n'a pas été hospitalisé, ni pendant l'intégralité du délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, ni jusqu'au moment où il a déposé sa demande d'affiliation auprès de l'intimée. Comme le relève l'intimée, le recourant a, pendant cette période, été en mesure de se rendre à ses rendez-vous médicaux. Il a également séjourné à l'Hôtel des patients. Il était donc vraisemblablement en mesure sinon d'accomplir l'acte administratif simple que constitue une demande d'affiliation à une assurance-maladie du moins d'en charger un tiers, par exemple son père, qui est domicilié en Suisse. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer que

le certificat du 11 septembre 2024 de la Dre L._____ permet d'établir un empêchement non fautif d'agir en temps utile. Certes, selon ce médecin, le recourant n'était « pas capable de gérer ses affaires administratives » compte tenu de son état de fatigue, des troubles de la concentration et de l'atteinte transitoire au niveau cognitif. Cela ne signifie toutefois pas encore que le recourant était absolument incapable d'agir au sens de la jurisprudence précitée. En outre, le médecin précité considère que « cet état de fait a commencé à s'améliorer dernièrement, mais perdurera encore pendant de nombreux mois ». Or, le recourant a été en mesure de mandater un avocat pour contester la décision de l'intimée et faire valoir ses droits, ce qui démontre que son état cognitif n'était vraisemblablement pas tel qu'il l'empêchait de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins pendant le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner les critiques émises par le recourant en lien avec la prise de position du médecin-conseil de l'intimée, celle-ci n'étant de toute manière pas déterminante pour le sort du recours.

c) Selon la chronologie des faits, il est d'ailleurs plus vraisemblable que ce soit en raison de l'incertitude liée à son statut légal en Suisse que le recourant n'a pas demandé son affiliation à l'assurance obligatoire des soins dans le délai de trois mois, ce qui correspond à ses premières déclarations. En effet, le recourant a déposé sa demande d'affiliation auprès de l'intimée le 10 avril 2024, cinq jours après l'octroi d'une autorisation de séjour par le SPOP. Le recourant ne peut toutefois rien tirer de ce qui précède. Il a fait part d'emblée de sa volonté de séjourner en Suisse avec l'intention de s'y établir, ce qui résulte tant de son inscription au contrôle des habitants que de sa demande d'autorisation de séjour par regroupement familial. Il n'est pas déterminant de ce point de vue que l'autorité compétente en matière de droit des étrangers ait dans un premier temps envisagé de lui octroyer uniquement une autorisation de séjour en vue d'un traitement médical (art. 29 LEI). Il ne ressort en effet pas du dossier que le recourant aurait requis de la part de l'autorité compétente une exception à l'affiliation à l'assurance obligatoire (cf. consid. 3b *supra*). Du point de vue de l'application de l'art. 3 al. 1 LAMal, l'obligation de s'affilier

s'appliquait vu le domicile en Suisse déjà pendant la procédure d'octroi d'autorisation de séjour.

Dans la mesure où le recourant entend tirer argument de l'incertitude autour de son statut en Suisse pour justifier son retard, sa critique de la décision attaquée doit donc également être rejetée.

d) Même si l'on peut s'interroger sur l'absence au dossier d'éléments en lien avec une affiliation d'office par l'OVAM, point qu'il n'y a toutefois pas lieu d'examiner plus avant dans le cadre du présent litige, l'on ne peut que constater que, faute d'affiliation intervenue dans le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, l'affiliation du recourant était tardive. La décision attaquée doit donc être confirmée.

5. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 novembre 2024 par CSS Assurance-maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Mirko Giorgini (pour B. _____),
- CSS ASSURANCE-MALADIE SA,
- 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 :