

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2009

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourante,

et

**ORGANE CANTONAL DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE ET
ACCIDENTS** (ci-après : OCC), à Lausanne, intimé.

Art. 3 al. 1 LVLAMal, art. 2 al. 4bis OAMal et art. 2 al. 8 OAMal

E n f a i t :

A. F._____, ressortissante française née en 1974, chercheuse, était au bénéfice d'une dispense de l'obligation d'assurance suisse.

La première dispense a été octroyée le 17 février 2003 pour la période du 15 novembre 2002 au 15 novembre 2005. Elle faisait suite à une attestation signée le 18 décembre 2002 par l'assureur-maladie français de l'intéressée, [...], ainsi libellée :

« L'assureur soussigné atteste que la ou les personnes susmentionnées bénéficient obligatoirement, durant leur séjour en Suisse, d'une couverture d'assurance-maladie et accident pour :

- *la prise en charge totale des frais d'hospitalisation en division commune des hôpitaux publics du canton de Vaud, aux tarifs prévus pour les personnes ne pouvant bénéficier des accords conventionnels, (à titre indicatif FrS. 1'330.— par jour plus taxe)*
- *la prise en charge totale des frais liés à la grossesse et à la maternité, notamment les frais d'accouchement en division commune des hôpitaux publics du canton de Vaud, aux tarifs prévus pour les personnes ne pouvant bénéficier des accords conventionnels ; (à titre indicatif FrS. 1'330.— par jour plus taxe)*
- *la prise en charge des frais des traitements ambulatoires tels que définis par la LAMal. (selon limites de l'assurance maladie française).*

Par la présente attestation, l'assureur soussigné s'engage à verser ses prestations lorsque l'une ou l'autre des éventualités susmentionnées est réalisée. Le recours à l'aide sociale communale ou cantonale est exclu ».

Le 1^{er} décembre 2005, l'assurée a soumis un nouveau formulaire à son assureur-maladie français, mentionnant ce qui suit :

« L'assureur soussigné atteste que la ou les personnes susmentionnées bénéficient, durant leur séjour en Suisse, d'une couverture d'assurance-maladie et accident équivalente à l'assurance obligatoire des soins (...), notamment pour :

- *la prise en charge totale des frais d'hospitalisation en division commune des hôpitaux publics du canton de Vaud, aux tarifs prévus pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des accords conventionnels. Le coût technique et médical de l'hospitalisation, englobant la totalité des prestations dispensées durant le séjour, est déterminé selon l'APDRG (...). L'APDRG est déterminé sur la base des codes diagnostiques et codes opératoires identifiés durant le séjour hospitalier ;*
- *la prise en charge totale des frais liés à la grossesse et à la maternité, notamment les frais d'accouchement en division commune des hôpitaux publics du canton de Vaud, aux tarifs prévus (selon l'APDRG) pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des accords conventionnels ;*

- la prise en charge totale des frais de traitement dans un établissement médico social ("home médicalisé") (à titre indicatif pour 2005, Frs 145.15 par jour + médicaments et honoraires médicaux) ;
- la prise en charge des frais des traitements ambulatoires tels que définis dans les articles 25 à 31 LAMal cités au dos de la présente (à titre indicatif pour des dialyses en 2005, Frs 497. - + médicaments et petit matériel).

Par la présente attestation, l'assureur soussigné s'engage à verser ses prestations lorsque l'une ou l'autre des éventualités susmentionnées est réalisée. Le recours à l'aide sociale communale ou cantonale est exclu ».

Par lettre du 27 décembre 2005, l'assureur-maladie français a informé l'intéressée ne pas être en mesure de signer cette attestation. Etaient annexés à son courrier un certificat d'appartenance à l'assurance française, ainsi qu'une pièce intitulée « contrat Muthelp complémentaire santé », dont la teneur était la suivante :

« • Garantie frais chirurgicaux et médicaux exposés à l'occasion de soins reçus à l'étranger ou lors de déplacements en France :

Frais médicaux - Pharmacie - Hospitalisation - Soins dentaires - Orthodontie - Prothèses dentaires - Autres prothèses - Optique - Maternité - Cures thermales.

CONDITIONS PARTICULIERES - FORFAITS :

OPTIQUE (par personne et par an)

Verres	868 €
Montures	436 €
Lentilles	868 €

MATERNITE : 8.667 €

CURES THERMALES (par personne et par an) : 1.310 €

PROTHESES DENTAIRES (par personne et par an) : 4.562 €

AUTRES PROTHESES (par prothèse) : 4.562 €

HOSPITALISATION

(par jour - forfait journalier et chambre particulière compris) : 1.824 €

Les montants exprimés en euros, sont indexés sur le plafond annuel de la Sécurité sociale française.

Les garanties s'appliquent à l'expiration d'un délai d'attente courant à compter de la date d'effet de l'adhésion dans les cas suivants :

* maladie : trois mois (ce délai d'attente ne joue pas en cas de maladie soudaine, imprévisible et aiguë assimilable à un accident).

* maternité : dix mois.

* prothèse dentaire et orthodontie : douze mois.

Toutefois, en cas d'accident, les garanties s'appliquent à compter de la date d'effet du contrat ».

Le 6 janvier 2006, l'OCC a octroyé à l'assurée une seconde dispense de l'obligation d'assurance suisse, pour la période du 16 novembre 2005 au 30 septembre 2008.

Par courrier du 17 octobre 2008, l'OCC a invité l'assurée à s'affilier à une assurance en Suisse et à produire une attestation jusqu'au 17 novembre 2008, l'informant que les personnes séjournant en Suisse dans le cadre d'une formation ne pouvaient être dispensées de l'assurance-maladie obligatoire pour une durée excédant six ans.

Le 10 novembre 2008, l'intéressée a demandé à l'OCC une nouvelle dispense d'assurance-maladie en Suisse, au motif que son assurance-maladie française lui était financièrement favorable. Elle invoquait en particulier le fait que les soins dentaires lui étaient remboursés, alors que tel n'était pas le cas en Suisse, où les soins étaient en outre plus chers, et qu'elle connaissait d'importants problèmes dentaires.

Par décision du 14 novembre 2008, l'OCC a refusé la dispense et imparti un délai au 5 décembre 2008 à l'assurée pour s'affilier à une assurance en Suisse, l'informant qu'à défaut, il procéderait d'office à son affiliation.

B. F. _____ a recouru contre cette décision par acte du 15 décembre 2008, demandant à pouvoir continuer de bénéficier de la dispense de l'obligation d'assurance suisse, dès lors que sa couverture française est plus commode pour elle et plus avantageuse.

Dans sa réponse, l'OCC conclut au rejet du recours, faisant valoir que la recourante s'est déjà vue renouveler sa dispense d'assurance-maladie en Suisse en date du 6 janvier 2006 et que son assurance française n'offre pas une couverture équivalente à celle exigée par le droit suisse.

Les parties ont maintenu leur position dans leur échange d'écritures ultérieur.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de la LVLAMal (loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, RSV 832.01), l'OCC a notamment pour tâche de contrôler l'obligation de s'assurer (art. 3 al. 1 LVLAMal) et, lorsqu'une personne soumise à l'obligation de s'assurer ne s'affilie pas dans le délai fixé par la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), de procéder à une affiliation d'office (art. 6 al. 2 LVLAMal). Selon l'art. 8 let. b RLVLAMal (règlement du 18 septembre 1996 concernant la LVLAMal, RSV 832.01.1), l'OCC est ainsi chargé d'affilier d'office auprès d'un assureur les personnes soumises à l'obligation de s'assurer lorsque celles-ci, ou leurs représentants légaux, n'ont pas manifesté leur choix ou refusent toute affiliation.

L'art. 28 al. 1 LVLAMal prévoit que les décisions de l'OCC peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal. Dès lors que l'OCC applique en cette matière le droit fédéral et non le droit cantonal, on peut se demander s'il n'aurait pas dû rendre une décision sur opposition, en application de l'art. 52 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). Cette question peut toutefois rester indécise, vu l'issue du recours.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours au Tribunal cantonal s'exerce dans les 30 jours dès la notification de la décision attaquée (art. 95 LPA-VD). Le recours a ainsi été déposé en temps utile.

c) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence du magistrat instructeur, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 LPA-VD).

2. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante est soumise à l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie en Suisse, ou si elle peut se prévaloir d'une exception à l'obligation de s'assurer.

3. a) A teneur de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Selon l'art. 5 LAMal, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (al. 1) ou, en cas d'affiliation tardive, dès l'affiliation (al. 2). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (al. 3).

L'art. 3 al. 2 LAMal délègue au Conseil fédéral la compétence d'excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. Faisant usage de cette délégation dans le cadre tracé par le législateur, l'autorité exécutive a ainsi édicté l'art. 2 al. 4^{bis} OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), selon lequel sont exceptés sur requête les enseignants et les chercheurs qui séjournent en Suisse dans le cadre d'un enseignement ou d'une recherche, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 OAMal qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

En l'espèce, la recourante, chercheuse de profession, a obtenu deux dispenses de l'obligation d'assurance suisse en application de l'art. 2 al. 4^{bis} OAMal, soit pour une durée totale de six ans, dite dispense ne pouvant donc plus être prolongée.

b) Aux termes de l'art. 2 al. 8 OAMal, 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. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

D'une manière générale, ne peuvent se prévaloir de l'art. 2 al. 8 OAMal les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.22.1), cela même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse. L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut ainsi être invoqué que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé (TFA K 138/05 du 25 août 2006, consid. 4.1). Les conditions d'une exception selon l'art. 2 al. 8 OAMal visent dès lors principalement des personnes à la retraite disposant d'une assurance privée étrangère offrant une bien meilleure protection d'assurance ou couverture des frais que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (Eugster, *Krankenversicherung*, in *Schweizerisches*

Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd., Basel-Genf-München 2007, n. 89s. p. 427s.).

En l'espèce, la recourante était âgée de 34 ans à la date de la décision attaquée. Son assurance française avait attesté en 2002 offrir une couverture identique à celle de la LAMal. Toutefois, elle n'a pas signé d'attestation en 2005, n'estimant pas être en mesure de le faire et refusant ainsi de s'engager à couvrir les frais d'assurance-maladie de base tels qu'indiqués dans le formulaire transmis par l'OCC. Il n'est dès lors pas établi que l'assureur-maladie français octroie de manière générale une couverture équivalente à celle de l'assurance de base suisse, même s'il apparaît que la protection offerte est plus élevée en matière de frais dentaires et, partant, que l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait pour la recourante une nette dégradation de sa protection d'assurance ou de la couverture de ses frais.

Les conditions d'une exception à l'obligation d'assurance en Suisse selon l'art. 2 al. 8 OAMal ne sont donc pas remplies.

c) Enfin, il n'est pas établi que l'OCC avait connaissance de la lettre de l'assureur-maladie français du 27 décembre 2005 lorsque, le 6 janvier 2006, il a prolongé la dispense en application de l'art. 2 al. 4^{bis} OAMal. Peu importe toutefois que l'organe intimé ait alors accordé une dispense quand bien même les conditions d'octroi n'étaient pas remplies, la recourante ne pouvant exiger la perpétuation d'une situation contraire au droit.

d) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la recourante n'a pas été dispensée de l'obligation de s'assurer auprès d'une assurance-maladie reconnue au sens de l'art. 12 al. 1 LAMal.

4. En conséquence, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté pour autant qu'il est recevable, la décision attaquée étant maintenue.

5. Le présent arrêt doit être rendu sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté pour autant qu'il est recevable.
- II.** La décision attaquée est maintenue.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- F. _____
- Organe cantonal de contrôle de l'assurance maladie et accidents

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 :