

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et Mme Dessaux
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant -
Vaud, à Lausanne,

et

**OFFICE VAUDOIS DE L'ASSURANCE-MALADIE, (anciennement:
ORGANE DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS),**
à Lausanne, intimé.

**Art. 82, 82a et 88 LAsi; 3, 4 al. 1, 41 al. 4, 65 al. 1 et 66 al. 1
LAMal; 1 OAMal; 3 LAS; 3, 9, 19, 23 et 35 LARA; 2, 3, 5, 6, 9 et 11
RLARA; 9 et 16 LVLAMal**

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante congolaise née en [...], est séparée de son époux. Elle est mère de quatre enfants nés respectivement en [...],[...],[...] et [...]. Elle est entrée en Suisse en 2002, avec ses enfants, pour y déposer une demande d'asile. L'Office fédéral des migrations a rejeté cette demande, mais a mis l'intéressée et ses enfants au bénéfice d'une admission provisoire (permis F).

L'assurée a perçu une aide sociale allouée par l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), conformément à la loi cantonale sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers, du 7 mars 2006 (LARA; RSV 142.21). Par ailleurs, elle travaille depuis plusieurs années, à temps partiel. Elle a d'abord été engagée à 30 % pour O._____ SA, puis a cumulé ce travail avec un autre emploi à 50 %, dès 2010 (soit 80 % au total). Depuis 2011, elle a abandonné son premier emploi à 30 %, pour des raisons de santé. Elle poursuit son activité à 50 %. Outre son salaire, Z._____ perçoit une pension du père de ses enfants ainsi que des allocations familiales. En 2009, l'ensemble de ses revenus mensuels cumulés avoisinaient les 4'000 fr. nets. Le salaire brut versé par O._____ SA était notamment de 1'173 fr. 95 en janvier 2009, 1'076 fr. 15 en février 2009, 1'173 fr. 95 en mars 2009, 1'173 fr. 95 en avril 2009, 1'067 fr. 25 en mai 2009 et 929 fr. 95 en juin 2009.

Le 3 avril 2009, Z._____ a présenté à l'EVAM une "demande d'autonomie". Celui-ci y a répondu favorablement le 21 avril 2009, en précisant toutefois que l'affiliation de Z._____ et de ses enfants en assurance-maladie individuelle était soumise aux conditions posées par l'art. 9 al. 2 et 3 du règlement d'application de la loi du 7 mars 2006 sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers, du 3 décembre 2008 (RLARA ; RSV 142.21.1).

Le 18 mai 2009, Z._____ a déposé auprès de l'Agence d'assurances sociales de [...] une demande de subside pour le paiement de ses primes d'assurance-maladie. Par décision du 28 juillet 2009, l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents (OCC; actuellement: Office vaudois de l'assurance-maladie qui a repris les fonctions de l'organe précité en matière de subsides pour le paiement des primes d'assurance-maladie, ci-après: l'OVAM, l'office ou l'intimé) a rejeté cette demande. En substance, il a considéré que le statut de Z._____ en matière de droit des étrangers (permis F) lui ouvrait droit à une aide sociale de l'EVAM et que c'est dans ce cadre seulement qu'elle pouvait recevoir une aide pour le paiement des primes d'assurance-maladie.

Z._____ a contesté le refus de subsides. Elle a exposé qu'elle n'était plus du tout à la charge de l'EVAM, qui avait accepté sa demande d'autonomie le 21 avril 2009. Elle pouvait donc prétendre un subside ordinaire pour le paiement de ses primes d'assurance-maladie et de celles de ses enfants, ce droit ne pouvant être suspendu, selon l'art. 82a de la loi sur l'asile, du 26 juin 1998 (LAsi; RS 142.31), qu'aussi longtemps que la personne concernée bénéficie d'une aide sociale partielle ou totale. En l'occurrence, elle ne bénéficiait plus d'aucune aide depuis le 1^{er} mai 2009.

Par décision sur opposition du 19 octobre 2009, l'OCC a maintenu son refus de subsides en se référant notamment à l'art. 9 RLARA et en précisant, pour l'essentiel, que la notion d'aide sociale totale ou partielle selon l'art.82a LAsi trouvait sa définition dans le droit cantonal. En l'occurrence, il découlait de l'art. 9 RLARA que l'assurée restait couverte, pour l'assurance obligatoire des soins, par un contrat collectif conclu par l'EVAM "auprès de W._____", dont la prime était calculée selon un barème spécial et qui n'ouvrait donc pas droit à une éventuelle aide des pouvoirs publics.

B. Par acte du 27 octobre 2009, Z._____ a interjeté un recours de droit administratif devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 19 octobre 2009 par l'OCC. Elle en demande l'annulation et conclut à ce qu'"un nouveau calcul

du droit au subside [soit] opéré dès le mois de mai 2009". A titre subsidiaire, elle conclut à ce que "la situation [soit] examinée sous l'angle des cas particulièrement pénibles et dignes d'intérêt de l'art. 13 LVLAMal [loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; RSV 832.01]".

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 19 octobre 2009, en précisant que dès le 1^{er} novembre 2009, la recourante et ses enfants avaient été affiliés à titre individuel par la Caisse G._____ pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ou d'accident. Un subside leur était alloué dès cette date. L'intimé a produit une décision du 26 novembre 2009 par laquelle il fixait à 290 fr. le montant du subside mensuel alloué pour la recourante, et à 90 fr. le montant du subside mensuel pour chacun de ses enfants, soit un total de 650 fr. par mois, dès le 1^{er} novembre 2009.

Les parties ont chacune déposé une nouvelle détermination, les 26 janvier 2010 (recourante) et 17 février 2010 (intimé). Elles ont maintenu leurs conclusions.

Le 14 juin 2012, à la demande du juge en charge de l'instruction de la cause, l'EVAM a produit le "budget d'assistance" de la recourante pour les années 2008 et 2009, notamment. Pour l'année 2008, ce budget d'assistance laisse apparaître un solde de 23'611 fr. 90 correspondant aux prestations allouées à la recourante et portées sur le décompte d'assistance, après déduction des montants remboursés au moyen de ses revenus. En janvier et février 2009, Z._____ était financièrement autonome. Le budget d'assistance pour le mois de mars 2009 laisse apparaître un solde de 230 fr. 15 en faveur de l'EVAM. Dès le mois d'avril 2009, Z._____ a été à nouveau financièrement autonome, ce jusqu'à la fin de l'année 2009, ainsi qu'en 2010 et 2011. Ces pièces ont été communiquées aux parties.

Le 27 juin 2012, le juge instructeur a requis de l'EVAM, par téléphone (cf. compte-rendu d'entretien téléphonique du même jour), des

précisions sur la manière dont le "budget d'assistance" avait été établi. Il en ressort notamment que l'on peut conclure de l'autonomie mentionnée dans ce "budget" pour les mois de janvier à février 2009, ainsi que dès le mois d'avril 2009, que Z._____ s'était acquittée des frais forfaitaires portés en compte par l'EVAM, notamment pour l'assurance-maladie.

Le Tribunal a tenu une audience d'instruction le 12 septembre 2012, lors de laquelle il a remis aux parties une copie des pièces communiquées par l'EVAM le 14 juin 2012, ainsi qu'une copie du compte-rendu d'entretien téléphonique du 27 juin 2012. Les parties ont renoncé à une audience de jugement, la possibilité leur étant réservée de déposer un mémoire de droit.

Le 1^{er} octobre 2012, l'intimé a déposé un mémoire de droit. Il y allègue que jusqu'au 31 octobre 2009, Z._____ et ses enfants étaient au bénéfice d'une assurance-maladie "par le biais d'un contrat collectif W._____ régi par les dispositions de la LCA". Les primes étaient ainsi calculées selon un barème spécial. Elles intégraient "non seulement la couverture du coût des prestations dont le catalogue dépasse celui de la LAMal (les frais dentaires [étaient], par exemple, inclus) mais également la renonciation à toute participation aux coûts de l'assuré (franchise et quote-part) en dérogation à l'art. 64 al. 8 LAMal". Se référant à l'art. 16 LVLAMal, l'intimé expose que seules les primes de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accidents sont subsidiées; or, "le montant forfaitaire facturé par W._____ est fixé selon les dispositions de la LCA [loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1), conformément à l'art. 105a, al. 1 LAMal, et est exclu du mécanisme de compensation des risques tel que prévu par la LAMal".

Cette détermination a été communiquée à la recourante le 3 octobre 2012.

E n d r o i t :

1. a) Le présent recours est soumis aux règles de la procédure de recours de droit administratif, selon les art. 92 ss. LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en relation avec l'art. 28 al. 1 LVLAMal. La cause est tranchée par une Cour composée de trois juges conformément aux art. 94 al. 3 LPA-VD et 37 al. 1 du règlement organique du Tribunal cantonal, du 13 novembre 2007 (ROTC ; RSV 173.31.1).

b) Le recours a été déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision attaquée (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions formelles de recevabilité.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des subsides de l'OVAM pour le paiement des primes d'assurance-maladie, pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2009. En bref, la recourante fait valoir qu'elle ne bénéficiait d'aucune aide de l'EVAM pendant la période litigieuse, puisqu'elle était "autonome" depuis le 21 avril 2009 au plus tard. On ne peut donc considérer, selon elle, qu'elle percevait une aide sociale au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi.

Pour sa part, l'intimé considère que la recourante est restée affiliée à une assurance collective conclue par l'EVAM pendant la période litigieuse et que par conséquent, elle restait bénéficiaire d'une aide sociale au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi, excluant le paiement des subventions ordinaires dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. A cet égard, l'intimé soutient que la notion d'aide sociale totale ou partielle à laquelle se réfère l'art. 82a al. 7 LAsi trouve sa définition dans la législation cantonale, en l'occurrence dans la LARA et ses dispositions d'application. La recourante était par ailleurs couverte par un contrat d'assurance collectif régi par la LCA et non par la LAMal, ce qui exclut un droit au subside litigieux, seules les primes de l'assurance obligatoire des soins étant "subsidiabiles" selon l'art. 16 LVLAMal. Enfin, le subside litigieux devrait être refusé au motif que "le montant forfaitaire

facturé par W._____ " est exclu du mécanisme de compensation des risques prévu par la LAMal.

3. **a)** Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAMal, 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. Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 3 al. 3 let. a LAMal). Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 LAMal (art. 4 al. 1 LAMal).

b) L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal (art. 24 LAMal), les soins dentaires n'étant couverts qu'à des conditions restrictives énoncées à l'art. 31 LAMal.

c) Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient, sous la forme d'une franchise et d'une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise (art. 64 al. 1 et 2 LAMal). Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte (art. 64 al. 4 LAMal). La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont toutefois réservées (art. 64 al. 8 LAMal).

d) Les assurés participent encore au financement de l'assurance-maladie par le paiement de primes fixées par l'assureur auquel ils sont affiliés (art. 61 al. 1 LAMal). Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Le

Conseil fédéral peut étendre le cercle des ayants droit à des personnes tenues de s'assurer qui n'ont pas domicile en Suisse mais qui y séjournent de façon prolongée (art. 65 al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2011 [RO 2000 p. 3211]). La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens des art. 65 et 65a LAMal (art. 66 al. 1 LAMal).

4. a) Conformément à la délégation de compétence prévue par l'art. 3 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral a édicté l'art. 1 al. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102). Selon la lettre c de cette disposition, les personnes qui ont déposé une demande d'asile en Suisse conformément à l'art. 18 LAsi, les personnes qui se sont vu accorder la protection provisoire selon l'art. 66 LAsi et les personnes pour lesquelles une admission provisoire selon l'art. 83 LEtr a été décidée sont tenues de s'assurer conformément à la LAMal. Dans ce sens, l'art. 82a al. 1 LAsi prévoit que l'assurance-maladie pour les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour doit être "adaptée en vertu de celle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)" ("ist [...] nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG] auszugestalten"; "si conforma ai principi della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie [LAMal]"). Demeurent réservées les dérogations prévues aux alinéas 2 à 7 de l'art. 82a LAsi.

b) A titre de dérogation notamment à la liberté des personnes soumises à l'assurance obligatoire de choisir leur assureur (art. 4 al. 1 LAMal), l'art. 82a al. 2 LAsi autorise les cantons à limiter les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour dans le choix de leur assureur. Les cantons peuvent désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance en vertu de l'art. 41 al. 4 LAMal. Ils peuvent ainsi affilier ce cercle de personnes auprès d'un assureur au moyen d'un contrat-cadre,

étant précisé qu'il ne s'agit pas d'un contrat collectif au sens habituel du terme, mais davantage d'une convention sur les éventuelles charges supplémentaires devant être assumées par les assureurs en vue d'accroître l'efficacité du système (simplification des tâches administratives; sur ce point, cf. Message concernant la modification de la loi sur l'asile, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 4 septembre 2002 [ci-après: Message], ch. 2.5.3.2, FF 2002 p. 6437).

Les cantons peuvent également limiter les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour dans le choix des fournisseurs de prestations visés aux art. 36 à 40 LAMal (art. 82a al. 3 LAsi), et désigner un ou plusieurs assureurs qui n'offrent qu'à ces personnes une assurance assortie d'un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41 al. 4 LAMal (art. 82a al. 4 LAsi).

Par ailleurs, l'art. 82a al. 6 LAsi prévoit que les cantons et les assureurs peuvent convenir de la suppression de la participation aux coûts visée à l'art. 64 al. 2 LAMal (franchise et quote-part).

Enfin, l'art. 82a al. 7 LAsi admet que le droit des requérants d'asile et des personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour à une réduction des primes conformément à l'art. 65 LAMal (cf. consid. 3d ci-avant) soit suspendu aussi longtemps que ces personnes bénéficient d'une aide sociale partielle ou totale. Le droit renaît lorsqu'elles sont reconnues comme réfugiées ou qu'elles ne bénéficient plus de l'aide sociale, ou encore que, s'agissant des personnes à protéger, elles ont droit à une autorisation de séjour.

c) Il résulte des dispositions de droit fédéral mentionnées ci-avant que les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour doivent être obligatoirement assurés pour les soins en cas maladie conformément à la LAMal, mais que les cantons peuvent notamment prévoir l'obligation de s'assurer à un ou

plusieurs assureurs déterminés. Ils auront pu convenir avec celui-ci, ou ceux-ci, une suppression de la participation aux coûts visée à l'art. 64 al. 2 LAMal, ainsi qu'une limitation des fournisseurs de prestations auxquels peuvent avoir recours les assurés. Le texte de l'art. 82a al. 1 LAsi, dans ses versions en langues française et italienne, n'exclut pas clairement la possibilité d'une affiliation à un assureur privé, selon un contrat régi par la LCA mais dont les clauses seraient calquées sur la LAMal, ou encore la possibilité pour les cantons de proposer eux-mêmes une forme particulière d'assurance. Sur ce point, les termes "adaptée en vertu de la [LAMal]", ou "si conforma ai principi delle [...] LAMal" sont ambigus. La version en langue allemande ("ist [...] nach den Bestimmungen des [...] KVG auszugestalten") est plus claire et l'on peut en déduire que l'assurance-maladie des personnes concernées doit être aménagée dans le cadre légal de la LAMal. Cela ne laisse en principe pas place à un contrat d'assurance soumis à la LCA en lieu et place d'un contrat soumis à la LAMal et à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1). Cette interprétation est la seule, par ailleurs, qui permette aux intéressés de se conformer à leur obligation d'assurance selon l'art. 1 al. 2 let. c OAMal (sur cette obligation, cf. également Message, ch. 2.5.1, FF 2002 p. 6431, ch. 2.5.2 p. 6433 sv., ainsi que l'ATF 138 V 310; voir également consid. 4d ci-après). Les cantons n'ont pas la possibilité d'imposer eux-mêmes une forme particulière d'assurance en tant qu'assureurs (Message, ch. 2.5.2, FF 2002 p. 6435).

d) En raison du système de compensation des risques mis en place par la LAMal, il pourrait être difficile pour les cantons de trouver des accords-cadre avec les assureurs dans le sens de l'art. 82a al. 2 à 6 LAsi. En vue de favoriser de tels contrats-cadre, les personnes visées par cette disposition sont donc expressément exclues de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques entre les assureurs admis à gérer l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, conformément à l'art. 105a al. 1 LAMal (cf. Message, ch. 2.5.1, FF 2002 p. 6432 sv., ch. 2.5.3.1, FF 2002 p. 6435 sv.). On ne saurait en déduire qu'ils sont assurés hors du régime prévu par la LAMal, ni en tirer de conclusion sur leur droit à une réduction de prime au sens de l'art. 65 al. 1 LAMal, contrairement à ce

que soutient l'intimé dans son mémoire du 1^{er} octobre 2012. Sous réserve des al. 2 à 6 de l'art. 82a LAsi, toutes les formes d'assurance proposées aux personnes concernées par cette disposition doivent être conformes aux dispositions prévues par la LAMal, notamment en ce qui concerne le barème applicable pour la fixation des primes (Message, ch. 2.5.3.1, FF 2002 p. 6436 sv.). Dans la mesure où l'intimé se réfère à l'exclusion des personnes visées par l'art. 82a LAsi du système de compensation des risques, son argumentation n'est pas fondée.

5. a) Aux termes de l'art. 81 LAsi, les personnes qui séjournent en Suisse en vertu de la LAsi et qui ne peuvent subvenir à leur entretien par leurs propres moyens reçoivent l'aide sociale nécessaire, à moins qu'un tiers ne soit tenu d'y pourvoir en vertu d'une obligation légale ou contractuelle, ou l'aide d'urgence, à condition qu'elles en fassent la demande. L'octroi de l'aide sociale et de l'aide d'urgence est régi par le droit cantonal (art. 82 al. 1, 1^{ère} phrase, LAsi), étant précisé que l'aide sociale accordée aux requérants et aux personnes à protéger qui ne bénéficient pas d'une autorisation de séjour doit être fournie, dans la mesure du possible, sous la forme de prestations en nature. Elle peut différer de celle accordée aux résidents suisses (art. 82 al. 3, 1^{ère} et 2^{ème} phrase, LAsi).

La Confédération verse des indemnités forfaitaires aux cantons pour les frais résultant de l'application de la LAsi (art. 88 al. 1, 1^{ère} phrase, LAsi). Pour les requérants et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, ces indemnités forfaitaires couvrent notamment les coûts de l'aide sociale et de l'assurance-maladie obligatoire, et comprennent une contribution aux frais d'encadrement (art. 88 al. 2 LAsi).

b) Il résulte des art. 81, 82 al. 1 et 88 al. 1 et 2 LAsi, cités ci-avant, que la Confédération finance l'aide sociale allouée par chaque canton pour les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, par des forfaits censés couvrir les besoins vitaux de ces personnes (hébergement, nourriture, vêtements,

assurance-maladie et encadrement de base), de manière à leur garantir des conditions de vie acceptables (Message, ch. 1.3.1.3.1, FF 2002 p. 6378). Afin d'éviter un double subventionnement, par le biais du montant forfaitaire versé au titre de l'art. 88 al. 1 et 2 LAsi, d'une part, et d'un subside pour le paiement des primes d'assurance-maladie obligatoire, au titre des art. 65 al. 1 et 66 al. 1 LAMal, d'autre part, l'art. 82a al. 7 LAsi prévoit la suspension du droit aux subsides prévu par la LAMal aussi longtemps que les personnes concernées bénéficient d'une aide sociale totale ou partielle du canton, cette aide étant censée couverte par un montant forfaitaire alloué par le Confédération, intégrant déjà les coûts de l'assurance-maladie obligatoire (Message, ch. 2.5.3.2, FF 2002 p. 6438).

6. a) En l'occurrence, la recourante et ses enfants sont au bénéfice d'une admission provisoire en Suisse et font partie du cercle des personnes visées par les art. 82a et 88 al. 2 LAsi. Cela n'est pas contesté par les parties. La recourante et ses enfants font également partie du cercle des personnes visées par l'art. 1 al. 2 let. c OAMal. Ils ont par ailleurs été attribués au canton de Vaud. Celui-ci est donc compétent pour leur allouer une aide sociale selon sa législation (art. 80 al. 1, 1^{ère} phrase, et 82 al. 1 LAsi) et pour veiller à ce qu'ils soient assurés conformément à la LAMal et à l'art. 1 al. 2 let. c OAMal (avec les dérogations autorisées par l'art. 82a al. 2 à 6 LAsi). Le canton de Vaud est également compétent pour allouer d'éventuels subsides pour le paiement des primes d'assurance-maladie, sous réserve d'une suspension du droit aux subsides en application de l'art. 82a al. 7 LAsi.

b) Dans le canton de Vaud, l'aide sociale allouée aux personnes au bénéfice d'une admission provisoire est régie par la LARA (art. 2 al. 1 let. 2 et 19 ss LARA) et son règlement d'application (RLARA). Le droit aux subsides pour le paiement des primes d'assurance-maladie est régi par la LVLAMal et le règlement d'application de cette loi (Règlement concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 septembre 1996 [RLVLAMal]; RSV 832.01.1). La recourante entre dans le champ d'application personnel

de chacun de ces textes; elle est notamment concernée par les deux derniers mentionnés (cf. art. 2 LVLAMal).

7. a) L'art. 19 LARA prévoit que l'EVAM octroie l'assistance aux demandeurs d'asile attribués au canton de Vaud et qui remplissent les conditions posées par l'art. 81 LAsi (par demandeurs d'asile, la LARA vise également les personnes au bénéfice d'une admission provisoire [art. 3 al. 1 LARA]). Cette assistance est, dans la mesure du possible, octroyée sous la forme de prestations en nature. Elle peut prendre la forme d'hébergement, d'un encadrement médico-sanitaire, d'un accompagnement social et, si nécessaire, d'autres prestations en nature. Elle peut en outre prendre la forme de prestations financières (art. 20 LARA).

b) L'assistance aux demandeurs d'asile est accordée à titre subsidiaire (art. 23 al. 1 LARA). Dès que le bénéficiaire des prestations acquiert un revenu ou perçoit des prestations d'assurances sociales ou de tiers, il lui incombe de contribuer financièrement à la couverture des prestations que l'Etat ou l'établissement lui fournissent (art. 23 al. 2 LARA). Concrètement, l'EVAM tient un décompte d'assistance pour les personnes qu'il assiste. Ce décompte constitue une décision formelle de l'EVAM portant sur l'octroi de prestations d'assistance, ou sur une obligation de restitution; il établit la balance entre les crédits et les débits pour une période déterminée relative aux relations financières entre la personne intéressée et l'établissement (art. 2 RLARA). L'EVAM alloue des prestations financières selon des forfaits définis notamment à l'art. 3 RLARA et inscrit les montants ainsi alloués dans le décompte d'assistance. Il y inscrit également des montants forfaitaires pour les prestations en nature, par exemple le logement (art. 5 et 6 RLARA).

c) En ce qui concerne l'encadrement médico-sanitaire, l'art. 34 al. 1 LARA charge le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) de conclure des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance-maladie et accidents des demandeurs d'asile partiellement ou totalement assistés. A défaut de convention, le DSAS

veille à affilier les demandeurs d'asile auprès d'un ou plusieurs assureurs autorisés à pratiquer dans le canton au sens de l'art. 13 LAMal. Il peut confier l'affiliation et la gestion à un tiers (art. 34 al. 2 LARA). L'EVAM représente les demandeurs d'asile dans le système d'affiliation de l'assurance-maladie obligatoire. A ce titre, il doit veiller à ce que ces derniers soient assurés et annoncer à l'assureur ou au tiers désigné conformément à l'art. 34 al. 2 LARA toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accidents survenus au sein de la population qu'il assiste (art. 35 LARA). Le DSAS organise par ailleurs la prise en charge médicale des demandeurs d'asile et organise l'accès aux fournisseurs de prestation (art. 36 al. 1 et 37 al. 1 LARA). Il peut instituer des réseaux de soins infirmiers et de médecins de premier recours auxquels les demandeurs d'asile devront s'adresser en cas de maladie et d'accident (art. 37 al. 2 LARA).

Conformément aux dispositions qui précèdent, les personnes assistées sont affiliées par l'EVAM dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 9 al. 1 RLARA). Elles n'ont pas, en principe, le choix de leur assureur. Toutefois, selon l'art. 9 al. 2 RLARA, la police d'assurance est transférée au bénéficiaire, d'office ou sur demande de ce dernier, aux conditions suivantes :

- soit, d'office, au 31 décembre pour les personnes financièrement autonome depuis 6 mois de manière ininterrompue en date du 31 octobre de la même année
- soit, sur demande de l'intéressé, à la fin de chaque mois, pour les personnes financièrement autonomes depuis 6 mois de manière ininterrompue ou n'ayant aucun autre lien d'assistance avec l'établissement.

L'intéressé n'est alors plus considéré comme affilié par l'établissement (art. 9 al. 3 RLARA).

S'il n'est plus en mesure d'assumer lui-même les charges financières relatives à sa police d'assurance, il en transfère la gestion à l'établissement en signant une procuration en faveur de ce dernier. L'intéressé est alors considéré comme affilié par l'établissement (art. 9 al. 4 RLARA).

d) La prise en charge des frais médicaux est portée sur le décompte d'assistance sous forme d'un forfait mensuel. L'art. 10 RLARA prévoit l'imputation des montants suivants, en fonction de la classe d'âge conformément à l'art. 61 LAMal :

- Adulte : Fr. 433.-
- Jeune adulte (19 à 25 ans) : Fr. 408.-
- Enfant : Fr. 123.-

Ce forfait couvre les primes pour l'assurance obligatoire des soins, la franchise, la quote-part (participation), les contributions aux frais de séjour hospitaliers (taxes hospitalières), les frais non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins et les frais administratifs (art. 10 al. 2 RLARA).

e) Aux termes de l'art. 11 RLARA, les demandeurs d'asile affiliés par l'établissement n'ont pas droit à la réduction des primes pour le paiement de leurs primes d'assurance obligatoire des soins, "conformément à l'art. 82a, alinéa 7 LAsi".

8. Les art. 34 sv. LARA répondent aux exigences posées par l'art. 82a al. 1 LAsi et posent le cadre légal cantonal permettant au DSAS ainsi qu'à l'EVAM d'exploiter les dérogations à la LAMal autorisées par l'art. 82a al. 2 à 6 LAsi (cf. consid. 4b supra). Il est en revanche douteux qu'elles permettent à l'EVAM d'affilier les personnes assistées selon un contrat d'assurance exclusivement soumis à la LCA, et non à la LAMal et à la LPGA, ce qui serait d'ailleurs contraire à l'art. 82a al. 1 LAsi (cf. consid. 4c ci-avant). L'art. 35 LARA prévoit expressément la représentation des

demandeurs d'asile "dans le système de l'assurance-maladie obligatoire". Il ressort par ailleurs de la réponse du 9 septembre 2009 du Conseil d'Etat à une interpellation parlementaire du 12 mai 2009 (09_int_247; ci-après : réponse du Conseil d'Etat), dont le texte a été produit par la recourante, que l'assurance conclue par l'EVAM l'a été dans le cadre de la LAMal, mais que la gestion administrative des affiliations et du remboursement des factures est assurée par un mandat de courtage :

"En ce qui concerne l'encadrement médico-sanitaire des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire ainsi que des bénéficiaires de l'aide d'urgence, l'Etat prend en charge, notamment, l'accès aux soins de santé de base dans l'ensemble du canton, l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins et l'instruction des dossiers individuels pour l'indemnisation des soins médicaux spéciaux qui ne sont pas pris en charge par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Pour ce faire, il existe depuis le 1er septembre 1998, un réseau de santé spécifique et obligatoire pour tous les demandeurs d'asile attribués au canton de Vaud. Ce dispositif [...] est basé sur un contrat collectif pour l'assurance-maladie obligatoire fondé sur le principe de la limitation de la liberté du choix de l'assureur et du fournisseur des prestations de soins.

Depuis 2006, la couverture d'assurance-maladie collective repose sur un système multi-assureurs, en tiers payant intégral, avec rabais de prime correspondant à l'option avec franchise maximale. La gestion administrative des affiliations et du remboursement des factures des prestataires de soins est assurée par un mandat de courtage confié à un tiers. Dans le système actuel, [...], il convient de noter que le recours à un système multi-assureurs découle de l'opportunité de distribuer sur plusieurs caisses le risque lié à une population ayant une consommation de soins supérieure à la moyenne.

En 2009, selon les prévisions budgétaires, le réseau concerne un effectif moyen de 3605 affiliés, assurés auprès de 8 différentes caisse-maladie. Le coût global des primes, franchises et participations, ainsi que de la gestion administrative effectuée par le courtier en assurances et des prestations non couvertes par la LAMal (soins dentaires exclus), représente un budget annuel de Fr. 14,3 millions, soit un coût mensuel par affilié de l'ordre de Fr. 330.-. En tenant compte de la répartition selon les classes d'âge du coût des primes et du coût des soins, le budget annuel correspond à un coût moyen par adulte de Fr. 433.-/mois, par jeune adulte de Fr. 408.-/mois, et par enfants de Fr. 123.-/mois. [...]"

On ne saurait donc suivre l'intimé lorsqu'il soutient que la recourante et ses enfants ont été assurés, par l'intermédiaire de l'EVAM,

selon un contrat soumis exclusivement à la LCA, ce qui justifierait un refus de subside pour le paiement des primes d'assurance. Le régime juridique applicable au contrat-cadre conclu avec un collectif d'assureurs, ou encore au contrat conclu avec un courtier pour la gestion de l'affiliation des personnes concernées à l'assurance obligatoire des soins n'est pas déterminant pour statuer sur le principe du droit aux subsides litigieux. Il en va de même d'un éventuel contrat complémentaire à la LAMal et soumis à la LCA, que l'EVAM aurait conclu pour couvrir les prestations de soin non remboursées selon la LAMal.

9. a) L'intimé motive principalement son refus d'allouer une subvention à la recourante en se référant aux art. 9 al. 2 et 11 RLARA. En se fondant sur cette dernière disposition, il fait un lien entre l'affiliation à une assurance-maladie par l'intermédiaire de l'EVAM et la suspension du droit aux subsides pour le paiement des primes d'assurance-maladie. En d'autres termes, l'intimé considère - et cela correspond au texte de l'art. 11 RLARA - qu'une personne bénéficiaire de l'aide sociale totale ou partielle, au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi, aussi longtemps qu'elle est "affiliée par l'établissement" conformément à l'art. 9 RLARA. Dans la mesure où l'alinéa 2 de cette disposition exige une autonomie financière d'une durée de six mois sans interruption pour que la police d'assurance soit transférée au bénéficiaire - qui n'est alors plus considéré comme "affilié par l'établissement" -, cette réglementation conduit à qualifier une personne de totalement ou partiellement assistée pendant six mois après qu'elle a acquis son autonomie financière.

L'art. 9 al. 1 et 2 RLARA repose sur une base légale indiscutable, poursuit un intérêt public et paraît proportionné au but recherché, qui est d'éviter qu'une personne bénéficiant d'une assistance médico-sanitaire par l'EVAM sorte de ce régime d'assistance pour une durée très provisoire, puis y retourne parce que son autonomie financière n'était pas suffisamment stable, et qu'elle subisse elle-même, ainsi que l'Etat, un dommage en raison du non paiement de primes d'assurance-maladie (cf. réponse du 9 septembre 2009 du Conseil d'Etat à l'interpellation 09_int_247, ch. 3.1 in fine et ch. 3.2). Cette disposition peut

toutefois s'appliquer indépendamment de la question de la suspension du droit à la réduction des primes.

b) L'art. 82a al. 2 à 6 LAsi autorise les cantons à prévoir des dérogations à liberté de choisir son assureur-maladie indépendamment du point de savoir si les personnes concernées bénéficient d'une aide sociale ou non; quant à l'art. 82a al. 7 LAsi, il prévoit la suspension du droit aux subsides pour le paiement des primes d'assurance sans égard au fait que le canton compétent a prévu ou non une dérogation à la liberté de contracter. On ne saurait donc déduire du fait que l'art. 82a LAsi autorise des dérogations à la liberté de contracter, d'une part, et prévoit une suspension du droit au subside pour le paiement des primes tant que l'intéressé bénéficie d'une aide sociale, d'autre part, que cette disposition constitue une base légale suffisante pour suspendre le droit au subside tant que la personne concernée se voit privée de sa liberté de contracter. Le seul critère déterminant pour la suspension du droit aux subsides, selon cette disposition, est celui de savoir si l'assuré bénéficie d'une aide sociale totale ou partielle. L'art. 82a al. 7 LAsi n'établit aucun lien entre la notion d'assistance sociale totale ou partielle et la liberté de la personne concernée de choisir son assureur-maladie.

c) L'art. 82a al. 7 LAsi a pour objectif d'éviter un double subventionnement des primes d'assurance-maladie par la Confédération, par le biais du montant forfaitaire versé au titre de l'art. 88 al. 1 et 2 LAsi, d'une part, et d'un subside pour le paiement des primes d'assurance-maladie obligatoire au titre des art. 65 al. 1 et 66 al. 1 LAMal, d'autre part (consid. 5b ci-avant). Soit la personne concernée bénéficie d'une aide sociale cantonale - dans ce cas la Confédération participe au paiement des primes par le biais du montant forfaitaire prévu par l'art. 88 al. 1 et 2 LAsi. Soit l'intéressé ne bénéficie pas d'une aide sociale cantonale, et dans ce cas la Confédération peut participer au paiement de ses primes par l'intermédiaire du subside alloué au canton compétent pour lui concéder une réduction de primes, conformément aux art. 65 al. 1 et 66 al. 1 LAMal.

d) En se fondant sur l'art. 119 LAsi, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance 2 sur l'asile relative au financement, du 11 août 1999 (Ordonnance 2 sur l'asile, OA 2; RS 142.312). L'art. 2 OA 2 définit la notion de prestations d'aide sociale et d'aide d'urgence remboursables selon l'art. 88 LAsi. Selon cette disposition, sont qualifiées comme telles les prestations d'assistance au sens des art. 82 LAsi et 3 LAS (loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin; loi fédérale en matière d'assistance; RS 851.1). Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAS, sont des prestations d'assistance celles qu'une collectivité alloue en argent ou en nature aux personnes dans le besoin, conformément au droit cantonal et compte tenu de leurs besoins. L'art. 3 al. 2 LAS dresse une liste de prestations qui ne sont pas considérées comme prestations d'assistance. On y trouve notamment, sous lettre b, les cotisations minimales d'assurance obligatoire qu'une collectivité assume en lieu et place des assurés.

A la lecture de ces dispositions, force est de constater que la notion d'aide sociale partielle ou totale utilisée aux art. 82a al. 7 et 88 LAsi est une notion de droit fédéral. Celui-ci ne laisse pas aux cantons le soin de définir s'ils allouent ou non une prestation d'aide sociale partielle ou totale qui leur ouvre le droit à une indemnité forfaitaire au sens de l'art. 88 LAsi. Il convient bien plutôt d'examiner au regard du droit fédéral si les prestations allouées par les cantons, selon les modalités définies par le droit cantonal, peuvent être qualifiées d'aide sociale partielle ou totale ouvrant droit à une telle indemnité. Si tel est bien le cas, le droit aux subsides pour le paiement des primes d'assurance-maladie, au titre des art. 65 et 66 LAMal, est suspendu conformément à l'art. 82a al. 7 LAsi, de manière à éviter un double subventionnement par la Confédération. Dans le cas contraire, le droit fédéral ne prévoit pas de suspension du droit au subside. L'argumentation de l'intimé, d'après laquelle la notion d'aide sociale partielle ou totale utilisée à l'art. 82a al. 7 LAsi est définie de manière autonome par le droit cantonal ne peut donc pas être suivie.

10. a) Les cantons disposent d'une grande autonomie dans la définition du cercle des assurés de condition économique modeste

auxquelles ils accordent une réduction de prime au sens de l'art. 65 al. 1 LAMal (ATF 136 I 220 consid. 4.1, 134 I 313 consid. 3, 122 I 343). Le droit cantonal vaudois définit ce cercle à l'art. 9 LVLAMal, dont l'alinéa 1 prévoit que les assurés de condition économique modeste assujettis à la LVLAMal – tel est bien le cas de la recourante et de ses enfants (consid. 6b ci-avant) – peuvent bénéficier d'une subside pour le paiement de tout ou partie de leurs primes de l'assurance obligatoire des soins. L'alinéa 2 de l'art. 9 LVLAMal précise que sont considérés comme assurés de condition économique modeste les personnes dont le revenu est égal ou inférieur au revenu déterminant calculé conformément aux art. 11 et 12. Il est incontesté, en l'espèce, que la recourante et ses enfants remplissent ces conditions.

b) Ni la LVLAMal, ni le RLVLAMal ne contiennent une disposition dont on pourrait déduire une limitation du droit à une réduction de primes pour les personnes obligatoirement assurées en application de l'art. 1 al. 2 let. c OAMal, ou du moins une délégation de compétence au Conseil d'Etat en vue d'établir une telle limitation. La LARA, dont ce n'est d'ailleurs pas l'objet, n'en contient pas davantage. L'art. 11 RLARA a donc pour seules bases légales l'art. 82a al. 7 LAsi et le mandat tout général confié au Conseil d'Etat d'exécuter la LVLAMal et la LARA (art. 35 LVLAMal et 77 LARA). Comme on l'a vu, l'art. 82a al. 7 LAsi ne constitue pas une base légale suffisante pour lier le droit à une réduction de primes au fait, pour l'assuré concerné, de pouvoir choisir librement son assureur-maladie et de n'être pas affilié par l'établissement conformément à l'art. 9 RLARA. Elle permet en revanche une suspension du droit à la réduction de prime si l'assuré bénéficie d'une aide totale ou partielle (consid. 8b ci-avant).

c) Le lien établi par l'art. 11 RLARA entre la suspension du droit à la réduction de prime et l'affiliation par l'EVAM conduit à considérer une personne comme étant au bénéfice d'une assistance partielle ou totale pendant une période ininterrompue de six mois durant laquelle elle est pourtant financièrement autonome. Dans le cas de la recourante, cela a impliqué qu'elle a assumé le forfait de 430 fr. pour elle-même, et de 492 fr. pour ses quatre enfants, porté à son décompte d'assistance par l'EVAM

et comprenant les primes d'assurance-maladie, pendant la période litigieuse de six mois, ainsi qu'en janvier, février et avril 2009. Pour les mois de mai à octobre 2009, il s'agit d'un montant total de 5'532 fr., assumé sans bénéficier d'aucune réduction de prime au sens de l'art. 65 al. 1 LAMal, qui est conséquent pour une personne qui tente précisément d'acquérir ou qui a acquis récemment son autonomie financière.

L'exigence d'une autonomie financière relativement stable pour considérer qu'une personne n'est plus au bénéfice d'une assistance partielle ou totale est nécessaire pour éviter l'important travail administratif que pourrait entraîner un aller et retour systématique des assurés entre, d'une part, le régime d'assistance par l'EVAM avec une indemnisation forfaitaire des cantons par la Confédération conformément à l'art. 88 al. 1 LAsi et, d'autre part, le régime de réduction de primes d'assurance-maladie selon les art. 65 al. 1 et 66 al. 1 LAMal. Il est donc tout à fait légitime de déterminer si une personne bénéficie ou non d'une aide sociale partielle ou totale, au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi, en se référant non pas à une situation financière ponctuelle dans laquelle se trouverait la personne assistée, mais à une situation présentant un caractère stable, sur une certaine durée. Le principe de proportionnalité implique toutefois de ne pas étendre excessivement la période prise en considération. En effet, cela conduirait à entraver sérieusement le retour à l'autonomie des personnes concernées, puisqu'elles doivent pouvoir assumer pendant toute cette période, les coûts de leur assurance sans bénéficier d'aucune réduction de prime.

d) En l'espèce, l'application pure et simple d'un critère de six mois d'autonomie financière ininterrompue est disproportionnée : la recourante bénéficiait d'un emploi stable depuis plusieurs années en mai 2009. Par ailleurs, elle avait déjà présenté une autonomie financière en janvier et février 2009, puis en avril 2009. Elle aurait également pu être autonome, selon toute vraisemblance, en novembre et décembre 2008, ainsi qu'en mars 2009, si les primes d'assurances obligatoire des soins n'avaient pas été incluses dans le forfait porté en compte par l'EVAM conformément à l'art. 10 RLARA (le décompte d'assistance produit par

l'EVAM fait état d'un solde de 37 fr. 60 pour novembre 2008, 316 fr. 65 pour décembre 2008 et 230 fr. 15 pour mars 2009). Dans ce contexte, on rappellera que les cotisations minimales d'assurance obligatoire qu'une collectivité assume en lieu et place des assurés ne peuvent pas être considérées comme des prestations d'assistance (art. 3 al. 2 let. b LAS). Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, il convient de reconnaître que la recourante ne pouvait plus être qualifiée de bénéficiaire d'aide sociale partielle ou totale, au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi, lorsqu'elle a déposé sa requête de réduction de prime en mai 2009. Le fait qu'elle soit restée tenue d'être affiliée à l'assurance obligatoire des soins par l'intermédiaire de l'EVAM jusqu'au 31 octobre 2009 n'est pas déterminant. Dans la mesure où l'application de l'art. 11 RLARA entraînerait, en l'espèce, le maintien d'une suspension de la réduction des primes pour une période pendant laquelle la recourante ne bénéficiait plus d'une aide sociale au sens de l'art. 82a al. 7 LAsi, il ne peut être appliqué. Il convient par conséquent d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'OVAM pour qu'il fixe le montant de la réduction de primes que peut prétendre la recourante pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2009.

11. La recourante voit ses conclusions admises et peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 51 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 octobre 2009 par l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie (actuellement: Office vaudois de l'assurance-maladie) est annulée.

- III.** Le droit de Z. _____ à une réduction des primes de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie pour la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2009 est reconnu et la cause est renvoyée à l'Office vaudois de l'assurance-maladie pour qu'il fixe le montant de la réduction.
- IV.** L'Office vaudois de l'assurance-maladie versera à Z. _____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
- V.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant - Vaud (pour la recourante), à Lausanne,
- Office vaudois de l'assurance-maladie (intimé), à Lausanne,

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 :