

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant

et

E. _____ **SA**, à Martigny, intimée

Art. 9 al. 1, 34 al. 3, 35 et 72 LARA; art. 9 al. 1 RLARA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, admis provisoirement en Suisse, est au bénéfice de l'assistance de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM).

Le 13 mars 2014, E._____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) a établi un certificat d'assurance pour l'assurance obligatoire de soins au nom de l'assuré ("N° de client 1[...]2"), ce document renvoyant à un numéro de contrat collectif R._____ SA n° 1[...]1 et portant la mention "R._____ SA/prestations Farmed".

Le 24 janvier 2014, l'assurance a rendu une décision ayant notamment la teneur suivante :

"(...) Selon l'art. 34 de la Loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA) le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance maladie et accidents des demandeurs d'asile partiellement ou totalement assistés (al. 1). A défaut de convention, il veille à affilier les demandeurs d'asile auprès d'un ou plusieurs assureurs autorisés à pratiquer dans le canton au sens de l'article 13 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (al. 2). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (al. 3).

Selon l'art. 35 LARA, **l'établissement (en l'espèce 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'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste.

Au sens des art. 9 ss du Règlement d'application de la loi précitée (RLARA), les personnes assistées **sont affiliée par l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM)** dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

L'art. 37 LARA prévoit encore que le département en charge de la santé organise l'accès des demandeurs d'asile aux fournisseurs de prestations (al. 1). Il peut en particulier instituer des réseaux de soins infirmiers et de médecins de premier recours auxquels les

demandeurs d'asile devront s'adresser en cas de maladie ou d'accident (al. 2).

Le canton de Vaud a ainsi instauré un système de santé spécifique en vigueur dès le 1er janvier 1999 : le réseau FARMED. Ce réseau a pour but d'assurer une prise en charge sanitaire optimale des requérants d'asile et a été établi pour subvenir au mieux à leurs besoins en relation avec les services sociaux assurant leur prise en charge générale.

A noter encore que la société R. _____ SA a été chargée par l'Etat de Vaud de la gestion des factures dudit réseau.

Aussi et concrètement, un centre de santé infirmier a été mis en place pour répondre aux besoins des requérants et, en cas de nécessité, le requérant est adressé au médecin de premier recours avec un bon de délégation.

Dès lors, le requérant doit s'adresser en premier lieu à un infirmier du centre de santé. Les factures qui ont été établies dans le cadre du réseau FARMED par les centres infirmiers ou justifiées par des bons de délégation sont remboursées et ce, directement aux fournisseurs de soins, Il n'y a donc aucune nécessité de devoir présenter une carte d'assuré aux fournisseurs de soins.

Votre accès aux soins de base vous avait par ailleurs été confirmé par l'EVAM dans leur courrier du 12 novembre 2013.

En conséquence, en tant que requérant d'asile, vous bénéficiez d'une totale prise en charge de vos besoins en soins et ce sans avoir une quelconque utilité d'une carte d'assuré. Il n'y a donc aucune différence de traitement ou problème d'égalité de traitement dans la mesure où l'accès aux soins est totalement garanti.

Pour le surplus et dans la mesure où la loi vaudoise prévoit que l'EVAM représente le requérant d'asile pour les questions d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire, nous sommes contraints de vous demander de bien vouloir vous adresser directement à l'EVAM s'agissant de vos questions d'affiliation.
(...)"

L'assuré a fait opposition à cette décision le 12 février 2014, prenant les conclusions suivantes :

- "1. m'envoyer la police de l'assurance complémentaire [...] pour l'année 2014 ou - de bien vouloir donner des motifs clairs et précis sur sa suppression du contrat conclu légalement et entré en vigueur ;
2. me permettre de consulter en me remettant une copie le document électronique qui vous a été adressé par le responsable de l'entité de suivi des populations de l'EVAM au sujet de mes démarches auprès de la Caisse, (d'ici au plus tard le 28 février 2014) ;
3. me délivrer ma carte d'assuré ;"

Le 28 mai 2014, l'EVAM a écrit ce qui suit à l'assurance :

"(...) Nous vous informons que la base légale ne stipule aucun élément relatif aux cartes d'assuré des personnes requérantes d'asile.

Néanmoins, l'art. 82a 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, sous réserve des dispositions suivantes, adaptée en vertu de celles de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) (alinéa 1). Les cantons peuvent limiter les requérants d'asile et personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour dans le choix de leur assureur et désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance en vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal (alinéa 2).

Après les multiples échanges écrits avec P. _____ dans lesquels nous avons tenté de lui faire comprendre qu'une carte d'assuré ne lui serait d'aucune utilité; nous avouons que nous sommes à bout d'arguments.

Quoi qu'il en soit, tant que cette personne sera assistée financièrement par notre établissement, elle sera intégrée dans le contrat collectif du courtier R. _____ SA, et donc ne pourra pas recevoir de carte d'assuré.
(...)"

A la demande de l'assurance, l'EVAM a précisé ce qui suit par courrier du 11 juillet 2014 :

"(...) En effet, l'article 82a al. 2 LAsi prévoit que les cantons peuvent désigner un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance. Dans cette perspective, le canton de Vaud a mis en place la Loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA) permettant à notre établissement d'organiser la prise en charge médicale et l'accès aux fournisseurs de prestations, conformément à l'article 35 LARA qui stipule que « l'établissement 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'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste ».

Dès lors, tous les migrants assistés et affiliés dans le cadre du mandat R. _____ SA sont représentés dans le système de santé par l'EVAM. Le dispositif cantonal (réseau FARMED) mis en place pour la couverture des prestations s'effectue en tiers payant intégral avec une adresse de facturation unique (R. _____ SA). La détention par les assurés d'une carte d'assuré contreviendrait au bon fonctionnement du dispositif.

Par ailleurs, comme seul l'EVAM représente les assurés dans le système de santé, c'est lui qui recevrait les cartes d'assuré, en application des dispositions de l'OCA.

Afin de limiter des frais inutiles, l'EVAM renonce en toutes connaissances de cause recevoir la carte des assurés qu'il représente.
(...)"

Par décision sur opposition du 15 septembre 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant en particulier ce qui suit :

"(...) **Droit :**

Selon l'art. 34 de la Loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA), le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance maladie et accidents des demandeurs d'asile partiellement ou totalement assistés (al. 1). A défaut de convention, il veille à affilier les demandeurs d'asile auprès d'un ou plusieurs assureurs autorisés à pratiquer dans le canton au sens de l'article 13 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (al. 2). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (al. 3).

Selon l'art. 35 LARA, **l'établissement (en l'espèce 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'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste.

Au sens des art. 9 ss du Règlement d'application de la loi précitée (RLARA), les personnes assistées **sont affiliées par l'EVAM** dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

L'art. 37 LARA prévoit encore que le département en charge de la santé organise l'accès des demandeurs d'asile aux fournisseurs de prestations (al. 1). Il peut en particulier instituer des réseaux de soins infirmiers et de médecins de premier recours auxquels les demandeurs d'asile devront s'adresser en cas de maladie ou d'accident (al. 2).

Sur la base de ce qui précède, vous avez accès aux soins de base de par le réseau de soins FARMED, mis sur pied par l'Etat de Vaud, à l'attention des populations relevant de la LARA. Cet accès aux soins de base vous a été régulièrement confirmé par l'EVAM notamment dans leur courrier du 12 novembre 2013. Par ailleurs, vous ne semblez pas contester ce point.

En conséquence, en tant que requérant d'asile, vous bénéficiez d'une totale prise en charge de vos besoins en soins et ce sans avoir une quelconque utilité d'une carte d'assuré. Comme le confirmait

encore l'EVAM, il n'y a donc aucune différence de traitement ou problème d'égalité de traitement dans la mesure où l'accès aux soins est totalement garanti. Par ailleurs, la détention par les assurés d'une carte d'assuré contreviendrait au bon fonctionnement du système mis en place par l'Etat de Vaud. A noter également que des certificats d'assurance vous ont été transmis, attestant ainsi de votre affiliation à l'assurance obligatoire des soins en Suisse, et ces documents peuvent tout à fait être utilisés comme justificatif d'affiliation.

Pour le surplus et dans la mesure où la loi vaudoise prévoit que l'EVAM représente le requérant d'asile pour les questions d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire, nous nous voyons contraints de leur notifier également la présente décision sur opposition et vous demandons de bien vouloir vous adresser directement à l'EVAM s'agissant de vos questions d'affiliation.

En outre, et sur la base de ce qui précède, l'EVAM a confirmé dans son dernier courrier à l'attention de l'assureur que si une carte d'assuré devait être émise, elle serait encore détenue par l'EVAM, justement en raison du rapport de représentation expliqué ci-dessus. Dès lors, c'est vraisemblablement pour cette raison, et non relativement à un comportement imputable à votre assureur, que les commandes de carte d'assuré vous concernant ne vous sont pas parvenues.

La présente procédure ne concernant que votre assurance obligatoire des soins au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, les griefs relevant de votre contrat d'assurance complémentaire ont été traités dans une procédure séparée et ne sauraient donc être retenus en l'espèce.

Finalement, et conformément à votre demande, votre dossier vous a été transmis par courrier, directement à votre attention et ce en mars 2014 déjà.
(...)"

Cette décision a été communiquée à l'EVAM.

B. Par acte du 15 octobre 2014, P. _____ a recouru contre cette décision sur opposition, invoquant un déni de justice et prenant les conclusions suivantes :

1. La délivrance immédiate de ma carte d'assuré;
2. Le maintien du contrat de l'assurance complémentaire [...] avec la Caisse par une décision formelle de la caisse
3. La transmission à la Cour de la copie du courriel envoyé par [...] dans lequel le responsable de suivi de population demandait à la caisse d'annuler mon assurance complémentaire
4. Le versement de 1600 CHF (mille six cents francs suisses) en ma faveur à titre de dommage et intérêt."

A l'appui de ces conclusions, il a en substance exposé que l'intimée aurait violé son droit à l'égalité de traitement et indirectement à la libre circulation et à la liberté économique. Il a prétendu avoir besoin de cette carte et éventuellement d'une assurance de voyage pour suivre un stage en Allemagne. Il a produit un lot de pièces.

Dans sa réponse du 29 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle a estimé que la procédure devrait être communiquée à l'EVAM, qui affine les personnes assistées à l'assurance-maladie obligatoire et représente les assurés pour toutes les questions liées à leur affiliation. Elle s'est référée à la position de l'EVAM, selon laquelle la couverture du recourant, dont la situation relève de la LARA, ne nécessitait par la délivrance d'une carte d'assuré, voire que la délivrance d'une telle carte contreviendrait gravement au bon fonctionnement du système mis en place par l'Etat de Vaud. Concernant une éventuelle modification du statut du recourant et notamment un emploi en Allemagne, l'intimée a relevé n'avoir jamais reçu de confirmation de la part de l'EVAM que ce statut avait été, respectivement serait, modifié. Selon elle, c'était ainsi conformément aux dispositions légales, notamment cantonales, et à la volonté du représentant de l'assuré, en l'espèce l'EVAM, que celui-ci ne s'était pas vu remettre de carte d'assuré. Elle a ajouté avoir rendu une décision séparée concernant la demande d'indemnisation pour tort moral.

Répliquant le 17 novembre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions. En substance, il s'est plaint d'une exclusion non justifiée du système de la santé publique et du système Farmed. Il a également prétendu que l'intimée avait fait preuve de formalisme excessif s'agissant de sa conclusion relative à une indemnité pour tort moral. Il a ajouté que son séjour en Allemagne de devait durer que quelques jours. Il a produit diverses pièces à l'appui de son écriture et en particulier celles qui suivent :

- une décision sur opposition rendue le 19 décembre 2013 par l'EVAM, dont la teneur est la suivante :

“(…) En fait

Le août 1999, vous signez avec la FAREAS la convention d'adhésion au réseau de santé FARMED. Ce faisant, vous acceptez de vous soumettre au règles de fonctionnement dudit réseau. Conformément aux normes en vigueur, vous êtes alors assuré de manière collective auprès de [...] jusqu'en décembre 2000.

Du 1^{er} janvier 2001 au 1^{er} janvier 2006, vous êtes assuré de manière individuelle contre la maladie. Vous êtes alors tout d'abord affilié à la [...] de 2001 à 2004 puis au [...] pour l'année 2005, année où vous recevez votre carte d'assuré individuel.

A compter du 1^{er} janvier 2006, n'étant plus en mesure d'assumer vous-même le montant de votre police d'assurance, vous êtes assuré de manière collective contre la maladie auprès de notre courtier R. _____ SA. Le montant de vos primes et de votre participation (franchise et quote part), ne vous sont dès lors plus connus, étant vu que vous bénéficiez d'un forfait couvrant de manière large tous les pans de l'assurance maladie obligatoire.

Le 21 octobre 2013, vous vous présentez au centre administratif de l'EVAM alors sis à l'avenue de Sévelin 40. A cette occasion, une information vous aurait été donnée selon laquelle contact serait pris avec votre caisse maladie afin que vous receviez votre carte d'assuré.

Le 21 octobre 2013, l'Administration des frais médicaux vous informe de manière circonstanciée que, conformément aux bases légales en vigueur, vous êtes assuré obligatoirement contre la maladie et l'accident au sein du réseau de soins FARMED.

Le 23 octobre 2013, vous adressez un courrier à l'Administration des frais médicaux. Dit courrier comporte une demande tendant à ce qu'il vous soit envoyé votre carte d'assuré ainsi que votre police d'assurance.

Le 31 octobre 2013, l'Administration des frais médicaux précise dans un courrier-réponse que - ne répondant plus aux critères d'autonomie financière - vous êtes partie du réseau de soin FARMED et êtes de ce fait intégré au contrat collectif d'assurance conclu par l'EVAM avec le courtier R. _____ SA. Il ne vous est dès lors plus loisible de choisir votre assurance ou d'obtenir une carte d'assuré.

Le 11 novembre 2013, vous adressez un nouveau courrier à l'Administration des frais médicaux. En substance, vous exprimez vos inquiétudes quant à la couverture des soins offerte par le réseau FARMED. Au terme dudit courrier, vous opérez même une demande tendant à sortir de ce réseau.

Le 12 novembre 2013, l'Administration des frais médicaux précise dans un courrier-réponse que la couverture des soins de

base offerte via le réseau FARMED est identique à celle proposée dans le cadre d'assurances individuelles. Quant à votre requête tendant à votre sortie dudit réseau de soins, l'Administration des frais médicaux relève alors sa non-conformité aux bases légales applicables.

Le 18 novembre 2013, vous formez opposition au refus affiché de l'EVAM – par la voix de l'Administration des frais médicaux – de prendre contact avec votre assurance maladie aux fins de vous faire parvenir votre carte d'assuré. Vous incriminez plus largement le réseau FARMED d'être inégalitaire de par son fonctionnement, celui-ci tendant selon vos dires à exclure, différencier et précariser une catégorie de la population.

En droit

Au niveau fédéral, l'article 82a LAsi prévoit que l'assurance pour les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour doit être, sous réserve des dispositions suivantes, adaptée en vertu de celles de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) (alinéa 1). Les cantons peuvent 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 et désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance-en vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal (alinéa 2). Ils peuvent 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. Ils peuvent le faire avant d'avoir désigné un assureur au sens de l'al. 2 (alinéa 3).

L'article 41 alinéa 4 LAMal prévoit au surplus que l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

L'article 99 OAMal précise par ailleurs que les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (alinéa 1). Dans les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assureur peut renoncé en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise (alinéa 2).

De plus, selon l'article 100 alinéa 2 OAMal, le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment.

Au niveau cantonal, l'article 34 LARA prévoit que le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance-maladie et accidents des demandeurs d'asile partiellement ou totalement

assistés (alinéa 1). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (alinéa 3).

Selon l'article 35 LARA, l'établissement 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'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste.

Aux termes de l'article 9 RLARA, les personnes assistées sont affiliées par l'établissement dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, conformément aux articles 34 et 35 LARA (alinéa 2). La police d'assurance est transférée au bénéficiaire, d'office ou sur demande de ce dernier, selon les conditions suivantes :

- soit, d'office, au 31 décembre pour les personnes financièrement autonomes 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.

Conformément à l'article 10 alinéa 1 RLARA, la prise en charge des frais médicaux est portée sur le décompte d'assistance sous forme d'un forfait mensuel.

En l'espèce, il est établi que depuis le 1er juillet 2005 vous n'êtes plus autonome financièrement au sens de l'article 117 du Guide d'assistance. C'est de sorte en total accord avec sa mission d'assistance aux admis provisoires que notre Etablissement a pris en charge les coûts liés à votre assurance obligatoire à compter du premier terme utile en matière d'assurance, soit le 1^{er} janvier 2006. Cette prise en charge s'est au surplus réalisée conformément à l'article 82a LAsi, opérant ainsi une double limitation tant du point de vue du choix de l'assureur que des fournisseurs de prestations.

C'est de plus en conformité avec les bases légales susdites, votre statut d'admis provisoire et votre situation économique que vous êtes affilié de manière collective auprès de notre courtier R. _____ SA et êtes partie du réseau de soins FARMED. Comme vous le relevez, l'article 8 alinéa 1 de la Constitution fédérale dispose que tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Il n'y a toutefois inégalité de traitement que lorsque, sans motifs sérieux, deux décisions soumettent deux situations de fait semblables à des règles juridiques différentes; les situations comparées ne devant au surplus pas nécessairement être identiques en tous points, mais leur similitude devant être établie en ce qui concerne les éléments de fait pertinents pour la décision à prendre (ATF 130 I 65, consid. 3.6). Or il appert que la différenciation opérée entre résidents et migrants quant aux

possibilités d'affiliations se fonde sur la lettre de l'article 82a alinéa 2 LAsi aux termes duquel les cantons peuvent 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.

Selon l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale, une telle différenciation ne peut être constitutive d'une discrimination. Il y a discrimination selon cet article lorsqu'une personne est traitée différemment en raison de son appartenance à un groupe particulier qui, historiquement ou dans la réalité sociale actuelle, souffre d'exclusion ou de dépréciation. Le principe de non-discrimination n'interdit toutefois pas toute distinction basée sur l'un des critères énumérés à l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale, mais fonde plutôt le soupçon d'une différenciation inadmissible. Les inégalités qui résultent d'une telle distinction doivent dès lors faire l'objet d'une justification particulière (ATF 137V 334, consid. 6.2.1). En l'espèce, l'inégalité découlant des conditions spécifiques impliquées par le réseau de soins FARMED trouve sa pleine justification dans le souci d'assurer à toute personne ayant son domicile en Suisse, conformément à l'article 3 de la LAMal, un accès optimum aux soins de bases et ce, tout en procédant à une gestion rationnelle des coûts de la santé. Une telle limitation est au surplus conforme aux articles 82a alinéa 3 LAsi, 41 alinéa 4 LAMal, 99 OAMal et 34 LARA cités plus haut. Finalement, le réseau FARMED n'induisant aucune différenciation effective dans la couverture des soins de base, il ne peut être retenu que ce dernier serait d'aucune manière discriminatoire.

Les griefs que vous portez concernant votre demande relative à l'obtention d'une carte d'assuré individuel ne se révèlent donc pas pertinent. Force nous est en effet de constater que, partie d'un contrat collectif d'assurance, vous n'êtes pas nommément titulaire d'une police personnelle. La carte que vous souhaitez voir actualisée date d'ailleurs d'une période où vous étiez affilié à titre individuel, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Qui plus est partie du réseau FARMED, vous êtes soumis aux règles inhérentes audit réseau pour lequel une carte d'assuré individuel n'est pas nécessaire. Finalement, il appert que ladite carte n'induirait aucune différence dans la prise en charge effective de vos soins de bases.

Conclusion

Au vu de ce qui précède, le directeur décide

L'opposition est rejetée et le contenu du courrier du 12 novembre 2013 est maintenu."

- une écriture intitulée "demande de révision" de cette décision déposée par le recourant le 15 janvier 2014 auprès de l'EVAM ;

- une lettre du recourant du 17 janvier 2014 adressée au [...], dans laquelle il précise que son écriture du 15 janvier 2014 n'était pas un recours mais une demande de précision;
- un échange de courriels entre le [...] et l'EVAM au mois de novembre 2013, confirmant que le recourant est affilié par un contrat collectif.
- diverses attestations d'assurance établies par l'intimée pour les années 2011 à 2014, qui mentionnent que le preneur d'assurance est "R. _____ SA/Prestations FARMED", l'assuré étant le recourant.
- une décision mensuelle d'octroi d'assistance rendue le 7 octobre 2014 par l'EVAM, qui a en particulier pris en charge une "prime couverture frais d'assurance collective LAMAL" à concurrence de 433 fr., à titre de prestation en nature.

Dans sa duplique du 12 décembre 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions, relevant notamment que si la décision sur opposition de l'EVAM du 19 décembre 2013 était entrée en force, ce qui semblait être le cas, elle n'avait pas à revenir sur le refus de l'EVAM ou sur ses arguments.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994; RS 832.20]). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent.

2. a) Selon l'art. 82a LAsi (loi sur l'asile du 26 juin 1998; RS 142.31), les cantons peuvent 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-maladie et désigner à leur intention un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance en vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal (al. 2). Ils peuvent limiter ces personnes dans le choix des fournisseurs de prestations visés aux art. 36 à 40 LAMal, y compris avant d'avoir désigné un assureur au sens de l'al. 2 (al. 3). Ils peuvent désigner un ou plusieurs assureurs qui n'offrent qu'aux requérants d'asile et qu'aux personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour une assurance assortie d'un choix limité des fournisseurs de prestations au sens de l'art. 41, al. 4, LAMal (al. 4).

Le canton de Vaud a fait usage de cette capacité en adoptant la LARA (loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers du 7 mars 2006; RSV 142.21) et le RLARA (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; RSV 142.21.1).

Selon l'art. 34 LARA, le département en charge de la santé conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant l'affiliation à l'assurance maladie et accidents des demandeurs d'asile

partiellement ou totalement assistés (al. 1). A défaut de convention, il veille à affilier les demandeurs d'asile auprès d'un ou plusieurs assureurs autorisés à pratiquer dans le canton au sens de l'article 13 LAMal (al. 2). Il peut confier l'affiliation et la gestion des dossiers qui en découlent à un tiers (al. 3).

Selon l'art. 35 LARA, un établissement 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'article précédent toutes les mutations des situations ayant un impact sur les conditions d'assurance, ainsi que les cas d'accident survenus au sein de la population qu'elle assiste. Selon l'art. 37 LARA, le département en charge de la santé organise l'accès des demandeurs d'asile aux fournisseurs de prestations (al. 1) et peut en particulier instituer des réseaux de soins infirmiers et de médecins de premier recours auxquels les demandeurs d'asile devront s'adresser en cas de maladie ou d'accident (al. 2).

L'EVAM est un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique (art. 9 al. 1 LARA) chargé de l'affiliation des personnes assistées et des bénéficiaires de l'aide d'urgence conformément aux art. 34 et 35 LARA (art. 9 al. 1 RLARA). Selon l'art. 9 al. 2 RLARA, la police d'assurance est toutefois transférée au bénéficiaire aux conditions suivantes :

- soit, d'office, au 1^{er} octobre pour les bénéficiaires de prestations complémentaires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, ainsi que pour les personnes financièrement autonomes depuis six mois de manière ininterrompue en date du 30 septembre de la même année;
- soit, sur demande de l'intéressé, à la fin de chaque mois, pour les personnes financièrement autonomes depuis six mois de manière ininterrompue ou n'ayant aucun autre lien d'assistance avec l'établissement.

En cas de transfert, l'art. 9 RLARA prévoit que l'intéressé n'est plus considéré comme affilié par l'établissement (al. 3) et que, 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, étant alors considéré comme affilié par l'établissement (al. 4).

b) En l'espèce, il résulte notamment des polices d'assurance que le recourant est affilié à l'intimée par l'intermédiaire de l'EVAM. Il n'est ainsi pas directement lié contractuellement à l'intimée, de sorte qu'il semble douteux qu'il ait la qualité pour recourir. Cette question peut toutefois rester indécise, le recours devant de toute manière être rejeté, respectivement déclaré irrecevable, pour les motifs exposés ci-après.

3. a) On rappellera d'abord que la LAMal régit l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal), à l'exclusion des assurances complémentaires qui ressortissent du droit civil (cf. art. 7 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]). En outre, en tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par la décision sujette à recours (ATF 125 V 413 consid. 2c et réf. cit.; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2; TF 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

En l'espèce, les conclusions 2 et 3 du recourant ont trait à une assurance complémentaire "[...]" ne relevant pas de la compétence de la Cour de céans. Elles sont dès lors irrecevables. Il en va de même de sa conclusion 4 tendant au versement de 1'600 fr. à titre de dommage et intérêt respectivement de tort moral. En effet, ce chef de prétention n'a pas fait l'objet de la décision du 24 janvier 2014 ni de la décision sur opposition du 15 septembre 2014, le recourant n'ayant pas pris de conclusion dans ce sens au pied de son opposition du 12 février 2014.

b) Le requérant qualifie son acte de "recours pour déni de justice" - ce cas de figure étant réalisé lorsque l'autorité refuse de statuer (déni de justice formel) ou tarde excessivement à le faire (déni de justice matériel; pour le tout cf. Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève - Zurich - Bâle 2011, pp 501 s. nn 1499 ss) - mais sans expliquer en quoi ce déni consiste. Il n'apparaît pas que tel soit le cas, l'intimée s'étant prononcée sur les griefs du requérant. Ce grief tombe ainsi manifestement à faux.

4. S'agissant de la délivrance de la carte d'assuré - qui, comme le relève l'intimée, fait seule l'objet de la décision attaquée -, on doit se référer à la décision sur opposition rendue le 19 décembre 2013 par le directeur de l'EVAM.

En effet, les organes de l'EVAM sont le directeur et l'organe de révision (art. 11 LARA). Le directeur est l'organe suprême de l'établissement et exerce notamment les compétences décisionnelles attribuées à ce dernier. Il statue sur opposition (art. 72 LARA), ses décisions sur opposition pouvant faire l'objet d'un recours au département (art. 73 LARA).

Au 15 septembre 2014, soit à la date de la décision sur opposition ici litigieuse, la décision sur opposition du 19 décembre 2013 était manifestement déjà entrée en force. Par cette décision, l'EVAM a précisément rejeté la demande du requérant tendant à l'octroi d'une carte d'assurance-maladie. Cette question avait ainsi déjà été tranchée par une autorité administrative, qui est d'ailleurs la représentante du requérant auprès de l'intimée. Cette dernière était dès lors liée par la décision sur opposition de l'EVAM du 19 décembre 2013, de sorte que c'est à bon droit qu'elle a rejeté l'opposition du requérant.

5. Il en découle le rejet du recours, pour autant qu'il est recevable.

Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours interjeté le 15 octobre 2014 par P._____ contre la décision sur opposition rendue le 15 septembre 2014 par E._____ SA est rejeté, pour autant qu'il est recevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- P. _____,
- E. _____ 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).

Le greffier :