

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2018

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante,

et

OFFICE VAUDOIS DE L'ASSURANCE-MALADIE, à Lausanne, intimé.

Art. 65 al. LAMal, 9 LVLAMal, 17 RLVLAMal

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en [...], a bénéficié de subsides à l'assurance-maladie dès le 1^{er} janvier 2015.

Par courrier du 10 août 2015, l'Office vaudoise de l'assurance-maladie (ci-après : l'OVAM ou l'intimé) a indiqué à l'assurée qu'il était occupé à la révision ordinaire de son dossier. Afin de lui permettre de se déterminer dans quelle mesure l'aide dont elle bénéficiait pouvait être maintenue, il l'a priée de lui retourner une formule de budget mensuel accompagnée d'une copie des justificatifs de ses revenus dans un délai fixé au 9 septembre 2015, en précisant que faute de production des informations requises à cette échéance, l'office se verrait dans l'obligation de lui notifier une décision formelle de suppression avec effet au 30 septembre 2015.

Le rapport sur l'état financier de l'assurée, daté du 2 septembre 2015, reçu par l'OVAM le 9 septembre suivant, ne fait état d'aucun revenu et mentionne une valeur mobilière de 30'000 francs. L'assurée a indiqué ne bénéficier d'aucun droit d'habitation, ni d'un usufruit et ne pas avoir effectué de donation les cinq années précédentes.

Par courrier du 1^{er} octobre 2015, l'OVAM a requis de l'assurée qu'elle lui précise avec exactitude quels étaient ses moyens d'existence effectifs en répondant aux questions suivantes :

- "- bénéficiez-vous d'une aide des pouvoirs publics ?
- obtenez-vous un soutien financier de votre famille ou de tiers ?
- vivez-vous en communauté domestique avec un tiers ?
- disposez-vous d'autres moyens d'existence ?
- en cas de réponses négatives aux questions ci-dessus, prière de bien vouloir nous indiquer par quels autres moyens vous faites face à vos obligations financières mensuelles."

Pour ce faire, l'OVAM a imparti à l'assurée un délai au 31 octobre 2015, en précisant que sans nouvelles de sa part à cette

échéance, il serait dans l'obligation de lui notifier une décision formelle de suppression, avec effet au 31 octobre 2015.

Le 14 octobre 2015, l'OVAM a accusé réception d'une copie de son courrier du 1^{er} octobre 2015 sur laquelle l'assurée avait encadré la question : "obtenez-vous un soutien financier de votre famille" avec l'indication manuscrite : "réponse à votre question en encadré".

Par courrier du 10 novembre 2015, l'OVAM a accusé réception de la réponse de l'assurée en relevant qu'après examen de celle-ci, il constatait qu'elle n'exerçait pas d'activité lucrative. Afin de lui permettre de statuer sur sa situation en toute connaissance de cause, l'office a prié l'intéressée de lui indiquer les motifs pour lesquels elle ne bénéficiait pas de l'assurance-chômage. Il l'a invitée à lui fournir les informations requises, accompagnées d'une copie des preuves de ses recherches d'emploi des six derniers mois ainsi que des réponses y relatives. Il était précisé que, faute pour lui de disposer des informations demandées dans un délai échant le 10 décembre 2015, il serait dans l'obligation de lui notifier une décision formelle de suppression avec effet au 31 décembre 2015.

Par courrier du 8 décembre 2015, l'assurée a indiqué à l'OVAM qu'elle ne remplissait pas les conditions légales pour bénéficier de l'indemnité de l'assurance-chômage.

Par décision du 29 février 2016, l'OVAM, relevant l'absence d'un revenu régulier provoqué par le fait que l'assurée n'exerce aucune activité lucrative, a supprimé toute aide pour le paiement de ses primes d'assurance-maladie à compter du 29 février 2016. Se référant à l'art. 8 LHPS (loi vaudoise sur l'harmonisation et la coordination et l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoise du 9 novembre 2010 ; RSV 850.03), qui prévoit que l'office peut, dans certains cas, pour des motifs d'équité, se fonder sur la situation économique réelle et actuelle de l'assuré, conformément à l'art. 12 LVLAMal (loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-

maladie du 25 juin 1996 ; RSV 832.01), l'OVAM a fait application de l'art. 17 RLVLAMal (règlement concernant la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 25 juin 1996 ; RSV 832.01.1) en retenant que l'assurée ne pouvait pas être considérée comme étant de condition économique modeste, dès lors qu'elle avait, par choix personnel, intentionnellement renoncé, en fonction de conditions librement choisies, à mettre toute sa capacité de gain à contribution (art. 17 RLVLAMal). Il a relevé à cet égard que les renseignements ressortant du dossier de l'intéressée ne faisaient pas état d'une réduction de ses possibilités de travail en raison d'un empêchement dû à la maladie, à l'invalidité, à son âge ou à des raisons de conjoncture économique. Dès lors, il s'avérait justifié d'admettre que, par un choix délibéré de sa part, l'assurée n'exerçait spontanément aucune activité lucrative qui, si elle était réalisée, lui procurerait certainement un revenu supérieur aux limites légales applicables ou tout du moins conditionnerait l'octroi d'un subside.

Par courrier électronique adressé le 29 mars 2016 à l'adresse "info.ovam@vd.ch", l'assurée a formé opposition à la décision du 29 février 2016 et conclu à son annulation. Elle a fait valoir en substance qu'il était totalement injustifié et abusif de supprimer le subside accordé en 2015, dès lors qu'à l'époque, il lui avait été alloué en raison de sa condition économique modeste, laquelle n'avait pas changé en 2016. Le même jour, l'assurée a reçu un accusé de réception avec l'information que son courriel avait été transmis au département concerné pour traitement.

Par courrier électronique du 18 octobre 2017, l'assurée a requis qu'une décision concernant son opposition du 29 mars 2016 soit rendue dans les plus brefs délais. L'office a requis, par retour de courriel du même jour, qu'elle lui communique sa date de naissance ainsi que son numéro AVS.

Par message électronique du 24 octobre 2017, l'assurée s'est étonnée de ne pas recevoir de réponse et s'est enquis du motif.

Le 31 octobre 2017, l'assurée a fait valoir auprès de l'office que cela faisait dix-neuf mois qu'elle attendait une réponse et a requis que son dossier soit traité en priorité. Par retour de courriel, l'OVAM a informé l'assurée qu'il avait reçu de nombreuses demandes à traiter et qu'il mettait tout en œuvre pour donner la suite qu'il convenait le plus rapidement possible.

Le 2 novembre 2017, l'assurée a transmis sa demande directement à une collaboratrice de l'OVAM.

Par courrier du 7 novembre 2017, l'OVAM a indiqué à l'assurée, qu'après de nombreuses recherches, il constatait qu'il n'était pas en possession de l'opposition du 29 mars 2016, raison pour laquelle il n'avait pu lui donner suite. Relevant que, selon les informations en sa possession, l'assurée n'avait exercé aucune activité lucrative en 2016, il requérait, si tel était toujours le cas, qu'elle lui indique les raisons pour lesquelles elle ne travaillait pas ou, le cas échéant, lui fasse parvenir les preuves de ses recherches d'emploi des trois derniers mois au minimum. L'office a imparti à l'assurée un délai au 6 décembre 2017, en l'informant qu'à défaut de ses nouvelles, il se verrait dans l'obligation de classer son dossier en admettant qu'elle renonçait à tout subside LVLAMal.

Le 29 novembre 2017, l'assurée a contesté l'allégation de l'OVAM selon laquelle il n'aurait pas reçu son opposition du 29 mars 2016. Pour preuve, elle a transmis une copie de son envoi par courriel ainsi que l'opposition. Pour le surplus, elle a indiqué que sa situation économique n'avait pas changé et a sollicité de recevoir une réponse au sujet de son opposition le plus rapidement possible.

Par décision sur opposition du 23 janvier 2018, l'OVAM a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 29 février 2016 en reprenant brièvement les motifs la fondant. Pour le surplus, il a relevé que l'assurée n'avait pas été d'une extrême coopération dans l'instruction de son dossier. Elle n'avait en effet pas répondu à la demande du 10 novembre 2015 de production de preuves de recherches d'emploi pour les six

derniers mois et s'était contentée d'indiquer qu'elle ne remplissait pas les conditions légales pour bénéficier de l'indemnité de l'assurance-chômage, sans en expliquer les motifs. L'OVAM a dès lors considéré que l'assurée n'avait pas rempli son obligation de renseigner au sens de l'art. 3 al. 3 LVLAMal, et en l'absence d'éléments nouveaux, qu'elle ne satisfaisait pas à la notion essentielle de condition économique modeste, telle que spécifiée par la loi.

B. Par acte du 21 février 2018, D._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation. Elle fait valoir que, durant l'année 2015, elle a bénéficié d'un subside à l'assurance-maladie à cause de sa condition modeste. Alors que sa situation de revenu, de fortune et familiale n'a pas changé et que les renseignements qu'elle a fournis démontrent sans ambiguïté qu'elle est de condition économique modeste et qu'elle remplit les conditions pour bénéficier d'un subside pour le paiement de tout ou partie de ses primes de l'assurance-maladie obligatoire, l'OVAM a supprimé totalement ledit subside, de façon injustifiée. La recourante expose avoir fourni à l'OVAM à trois reprises des informations sur sa situation et avoir ainsi rempli entièrement son obligation de renseigner. Pour le surplus, elle soutient que les renseignements que l'intimé requiert ne l'intéressent pas, car "ils ne correspondent pas à ses attentes" et qu'il refuse de tenir compte des éléments figurant dans son dossier. Enfin, la recourante reproche à l'OVAM d'avoir tardé, délibérément, pour rendre la décision sur opposition dont est recours.

Dans sa réponse du 17 mai 2018, l'intimé relève à titre liminaire ce qui suit :

"(...) l'OVAM tient à apporter quelques explications concernant le traitement du dossier de la recourante. L'opposition de Mme D._____, qu'elle a transmise à l'OVAM par courriel du 29 mars 2016, a été égarée par l'OVAM aussitôt que ce dernier en ait accusé réception, certainement au moment de l'indexation de la pièce au dossier électronique de la recourante, le courriel ayant selon toute vraisemblance été rattaché par erreur à un autre dossier. (...)

En outre, pour des raisons de surcharge administrative accrue en période de renouvellement de subsides, l'OVAM n'a pas pu répondre aussi vite que souhaité à la demande de Mme D. _____ concernant l'état d'avancement de son dossier, formulée par courriels des 18, 24 et 31 octobre, 2 et 29 novembre 2017. (...)"

Sur le fond, l'intimé conclut au rejet du recours. Après avoir rappelé les règles légales applicables, il expose qu'il n'est pas contesté que le revenu déterminant de la recourante est inférieur au minimum légal ouvrant le droit au subside de l'assurance-maladie, puisque celle-ci n'exerce aucune activité lucrative et ne dispose par conséquent pas de revenus. Toutefois, l'intimé relève que l'intéressée ne fait pas état d'empêchements tels que l'âge, la maladie ou l'invalidité, qui rendraient impossible l'exercice d'une activité professionnelle convenablement rémunérée. Il soutient que la situation de la recourante ne fait pas partie de celles que le législateur a entendu protéger, l'absence de revenu suffisant pour le paiement de ses primes relatives à l'assurance obligatoire des soins résultant indubitablement du fait que la recourante a renoncé, pour des raisons de convenance, à mettre toute sa capacité de gain à contribution. L'intimé souligne également que l'intéressée s'est contentée de déclarer qu'elle ne remplissait pas les conditions de l'octroi d'indemnités de l'assurance-chômage, sans fournir de pièce le confirmant. Enfin, il nie avoir dépassé ses compétences légales en requérant de la recourante qu'elle produise des preuves de ses recherches d'emploi et confirme son avis selon lequel l'assurée n'a pas respecté l'obligation de collaborer lors de l'instruction de son dossier.

Dans ses déterminations du 12 juin 2018, la recourante cite l'art. 13 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage ; RS 837.0), selon lequel : "Celui qui, dans les limites du délai-cadre prévu à cet effet (art. 9 al. 3), a exercé durant douze mois au moins une activité soumise à cotisation remplit les conditions relatives à la période de cotisation" et déclare ne pas remplir dites conditions, raison pour laquelle elle ne peut pas obtenir des indemnités de l'assurance-chômage. Elle explique ne pas avoir trouvé de travail et allègue continuer à en chercher. Elle produit dix lettres de recherche d'emploi pour la période allant d'avril à juin 2018. Pour le surplus, elle conteste formellement ne pas avoir

respecté son obligation de collaborer avec l'intimé dans l'instruction de son dossier.

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 (loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 25 juin 1996 ; RSV 832.01).

En l'occurrence, le litige porte sur le montant du subside maximum, soit 331 fr. par mois, depuis le 1^{er} mars 2016. La valeur litigieuse étant ainsi inférieure à 30'000 fr., il revient à un membre du Tribunal cantonal de statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions formelles de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 1a ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la question litigieuse est de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision sur opposition du 23 janvier 2018, à nier le droit aux subsides d'assurance-maladie à la recourante à compter du 1^{er} mars 2016.

3. a) Selon l'art. 65 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Les cantons veillent, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré (art. 65 al. 3 LAMal). Dans le canton de Vaud, cette disposition a été concrétisée par les art. 9 ss LVLAMal.

b) En vertu de l'art. 9 al. 1 LVLAMal, les assurés de condition économique modeste peuvent bénéficier d'un subside pour le paiement de tout ou partie de leurs primes de l'assurance obligatoire des soins. Sont considérés, selon l'art. 9 al. 2 LVLAMal, 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 LVLAMal. N'est notamment pas considérée comme étant de condition économique modeste, toute personne disposant de ressources financières insuffisantes en raison d'un choix délibéré de sa part (al. 3).

La notion d'assuré de condition économique modeste figurant à l'art. 9 LVLAMal a été précisée par l'art. 17 RLVLAMal, dont la légalité n'est pas contestée. Selon cette disposition, n'est notamment pas considérée comme étant de condition économique modeste la personne qui, par choix personnel :

a. a contracté des dettes en vue d'investissement, a utilisé une partie de son patrimoine pour se constituer une rente viagère ou s'est dessaisie de tout ou partie de ses biens sans contrepartie équitable (1^{ère} hypothèse) ;

- b. est au bénéfice de prestations d'entretien accordées par une communauté religieuse ou apparentée (2^e hypothèse) ;
- c. a intentionnellement et librement renoncé à mettre toute sa capacité de gain à contribution (3^e hypothèse) ;
- d. renonce sciemment à des prestations auxquelles elle pourrait avoir droit en vertu d'une autre assurance sociale (4^e hypothèse).

Selon une jurisprudence constante de la Cour de céans et précédemment du Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : TASS), rendue déjà sous l'empire de l'ancienne LAMV (loi du 3 mars 1992 sur l'assurance-maladie dans le canton de Vaud), en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, la notion restrictive d'assuré de condition économique modeste visée par la LVLAMal permet donc, dans certains cas, à l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents (OCC, actuellement : OVAM) d'inclure ou d'exclure du calcul du revenu déterminant certains éléments respectivement non pris en compte ou pris en compte par le fisc (cf. aussi TF 2P.249/2002 du 2 mai 2003 consid. 2).

c) Selon l'art. 11 al. 1 LVLAMal, la LHPS, est applicable en ce qui concerne le calcul du revenu déterminant, la composition de l'unité économique de référence et la hiérarchisation des prestations sociales. Le Conseil d'Etat fixe, par voie d'arrêté, la période fiscale de référence prise en compte dans le calcul du revenu déterminant (art. 11 al. 4 LVLAMal).

La LHPS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, a notamment pour but d'harmoniser les éléments pris en considération dans le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides aux primes de l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 et 2 al. 1 let. a LHPS). L'art. 1 al. 2 let. c LHPS précise que la loi définit les principes régissant le revenu déterminant unifié (art. 6 à 8 LHPS). Aux termes de l'art. 6 LHPS, le revenu déterminant unifié (RDU) sert de base pour le calcul du droit à une prestation au sens de la loi (al. 1). Il est constitué notamment du revenu net au sens de la LI (loi cantonale vaudoise du 4 juillet 2000 sur les impôts directs cantonaux ; RSV 642.11), majoré des montants affectés aux formes reconnues de prévoyance individuelle liée (3^e pilier A) et du montant net dépassant les

déductions forfaitaires pour frais d'entretien d'immeubles et investissements destinés à économiser l'énergie et à ménager l'environnement (al. 2 let. a), ainsi que d'un quinzième du montant composé de la fortune nette au sens de la LI (al. 2 let. b).

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LHPS, la période fiscale de référence pour le revenu au sens de l'art. 6 al. 1 LHPS est celle pour laquelle la décision de taxation définitive la plus récente est disponible. Conformément à l'art. 11 al. 4 LVLAMal, la période fiscale prise en compte pour le calcul du revenu déterminant pour les subsides à l'assurance obligatoire des soins de l'année 2016 a été définie dans un arrêté du 23 septembre 2015 concernant les subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire en 2016 (ci-après : l'arrêté du Conseil d'Etat ; RSV 832.00.230915.1). Il s'agit de celle faisant l'objet de la décision de taxation définitive la plus récente entrée en force au 30 septembre 2015 (art. 4 al. 1 de l'arrêté du Conseil d'Etat).

En vertu de l'art. 1 de l'arrêté du Conseil d'Etat, la limite supérieure de revenu déterminant à partir de laquelle l'assuré ne bénéficie plus de subside, pour une personne seule, est fixée à 34'500 francs. En dessous de 17'000 fr., le subside est maximum.

d) En dérogation au principe posé à l'art. 11 LVLAMal, l'art. 12 al. 1 LVLAMal prévoit que lorsque le calcul fondé sur la situation réelle du requérant aboutit à un revenu déterminant qui diffère de 20 % ou plus du revenu déterminant au sens de l'art. 11 précité, l'OVAM se fonde, pour des motifs d'équité, sur la situation économique réelle du requérant, qu'il établit sur la base de ses déclarations (cf. également à ce propos ATF 134 I 313 consid. 5.6.4). En vertu de l'art. 23 al. 3 RLVLAMal, tel est notamment le cas lorsqu'un assuré est au chômage (let. a), lors d'un changement de la composition du ménage (let. b), lors de la fin ou du début d'une activité lucrative (let. c), lors d'une taxation intermédiaire (let. d) ou lorsque, nonobstant la taxation fiscale, la situation réelle de l'assuré ne répond pas aux critères de condition économique modeste fixés par l'art. 17 RLVLAMal (let. e).

4. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; TF 8C_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.3.3).

b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, respectivement l'administration. Ce principe n'est toutefois pas absolu ; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire, lequel comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2, 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et 121 V 204 consid. 6c ; TF 8C_94/2016 du 30 janvier 2017 consid. 6.1 et 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le revenu de la recourante est inférieur au minimum légal ouvrant le droit au subside de l'assurance-maladie. Selon l'art. 1 de l'arrêté du Conseil d'Etat, la limite supérieure de revenu déterminant à partir de laquelle l'assuré ne bénéficie plus de subside, pour une personne seule, est fixée à 40'000 fr., étant précisé qu'en dessous de 17'000 fr. le subside est maximal. Afin de déterminer si le subside accordé depuis le 1^{er} janvier 2015 pouvait être

maintenu, l'intimé a procédé le 10 août 2015 à une révision ordinaire de son dossier en sollicitant de la recourante des renseignements sur sa situation financière actuelle, respectivement des investigations afin d'établir le bien-fondé d'octroi de subsides conformément à l'art. 3 al. 3 LVLAMal. Après avoir mené une instruction complémentaire du dossier, l'intimé a constaté l'absence d'un revenu régulier faute d'activité lucrative. Certes, l'intéressée a exposé qu'elle ne remplissait pas les conditions relatives à la période de cotisations. Elle n'a toutefois pas été en mesure de présenter des recherches d'emploi effectuées dès 2015 malgré la demande de l'intimé des 10 novembre 2015 et 7 novembre 2017, se limitant à faire état, au stade de la réplique, de dix recherches d'emploi pour la période d'avril à juin 2018. Effectuées postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, de telles recherches d'emploi ne sauraient être prises en compte pour statuer sur la situation de la recourante telle qu'elle se présentait en 2015, voire 2016. Dans le cadre de sa réplique, la recourante a indiqué qu'elle était bénévole dans diverses associations et qu'elle avait effectué des stages (non-rémunérés) dans des institutions afin d'avoir plus d'expérience professionnelle sans toutefois apporter la preuve qu'elle recherche activement un emploi depuis 2015 et les réponses des employeurs y relatives.

Dès lors que la recourante n'a pas été en mesure de faire état d'une réduction de ses possibilités de travail en raison d'un empêchement dû à la maladie, à l'invalidité, à l'âge ou à des raisons de conjoncture économique, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'intéressée avait, par choix personnel, renoncé à mettre toute sa capacité de gain à contribution et que l'absence de revenu suffisant pour le paiement des primes d'assurance-maladie en était la conséquence directe. Or, il n'appartient pas à la collectivité, par le biais de l'aide pour le paiement des cotisations d'assurance-maladie aux personnes de condition économique modeste, de supporter les conséquences du choix de la recourante de ne pas mettre pleinement en valeur, pour des raisons qui lui sont propres, sa capacité de gain. Dans sa réponse du 17 mai 2018, l'intimé a toutefois rappelé que dans l'éventualité d'un changement de la situation de l'intéressée (octroi de l'aide sociale ou des indemnités de

chômage, prise d'emploi, etc...), il procéderait à un nouvel examen de sa situation réelle sur la base des pièces justificatives de sa nouvelle situation.

b) Pour le surplus, la Cour de céans considère que la recourante a manqué à son obligation de collaborer avec l'office intimé. Elle n'a répondu que laconiquement aux questions que celui-ci lui a posées dans ses différents courriers, notamment en ce qui concerne son droit à d'éventuelles indemnités de l'assurance-chômage et n'a produit aucune pièce attestant des recherches d'emploi en 2015 et 2016, alors que cela lui a été expressément demandé à deux reprises. Par ailleurs, elle n'est pas étrangère à la tardiveté avec laquelle l'intimé a statué sur son opposition. D'une part, elle n'a pas répondu au mail lui demandant de fournir sa date de naissance et son numéro AVS - ce qui aurait facilité les recherches de l'intimé -, d'autre part ce n'est que plus d'un an après l'envoi de son opposition qu'elle a sollicité des nouvelles concernant l'avancement de son dossier.

c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans estime que la recourante ne saurait être considérée comme une assurée de condition économique modeste, ayant, par choix personnel, intentionnellement et librement renoncé à mettre toute sa capacité de gain à contribution (art. 17 let. c RLVLAMal ; 3^{ème} hypothèse). Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé tout droit au subside à compter du 1^{er} mars 2016.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens (art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 23 janvier 2018 par l'Office vaudois de l'assurance-maladie est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- D. _____, à [...],
- Office vaudois de l'assurance-maladie, 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 :