

Eidgenössisches Versicherungsgericht  
Tribunale federale delle assicurazioni  
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales  
du Tribunal fédéral

Cause {T 7}  
K 138/05

Arrêt du 25 août 2006  
IVe Chambre

Composition  
MM. et Mme les Juges Ursprung, Président, Widmer et Frésard. Greffier : M. Berthoud

Parties  
B. \_\_\_\_\_, recourant,

contre

Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents, rue St-Martin 2, 1001 Lausanne,  
intimé

Instance précédente  
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 21 juin 2005)

Faits:

A.

B. \_\_\_\_\_, né en 1975, ressortissant italien, est employé par la société X. \_\_\_\_\_ SA depuis le 1er juin 2004. Il est titulaire d'une autorisation de séjour de type B. Le prénommé a souscrit une assurance-maladie auprès d'un assureur privé, Healthcare International SA à Londres.

Par lettre du 23 juillet 2004, l'Office cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents du canton de Vaud a informé B. \_\_\_\_\_ qu'il ne faisait pas partie des personnes pouvant être dispensées de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie. Il l'a dès lors invité à demander son affiliation auprès d'un assureur suisse librement choisi et lui adresser une copie de son nouveau certificat d'assurance jusqu'au 31 août 2004.

Le prénommé n'a pas donné suite à cette requête. Par décision du 4 novembre 2004, confirmée sur opposition le 5 janvier 2005, l'office cantonal a affilié B. \_\_\_\_\_ à la Caisse-maladie CMBB à partir du 1er novembre 2004.

B.

B. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui l'a débouté par jugement du 21 juin 2005.

C.

Le prénommé interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il invite le Tribunal fédéral des assurances à dire que la couverture d'assurance-maladie dont il bénéficie actuellement auprès d'un assureur privé satisfait aux exigences légales.

L'intimé conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Le litige porte sur l'affiliation d'office du recourant à l'assurance obligatoire des soins.

2.

Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références, cf. aussi 129

V 161 consid. 2.1). Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 129 V 78 consid. 4.2; voir aussi le consid. 8.3 de l'arrêt V. du 29 mars 2006, K 25/05, destiné à la publication dans le Recueil officiel).

Le domicile qui fonde l'obligation d'assurance, selon l'art. 3 al. 1 LAMal, est défini aux art. 23 à 26 CC (art. 1 al. 1 OAMal; ATF 129 V 78 consid. 4.2). A cet égard, la jurisprudence et la doctrine considèrent que les étrangers titulaires d'une autorisation de séjour ont, en règle ordinaire, leur domicile civil en Suisse, au sens des art. 23 ss CC, même lorsqu'ils se rendent chaque année dans leur pays d'origine (RAMA 2005 n° KV 315 p. 28 consid. 2.2.1 [arrêt K. du 22 octobre 2004, K 22/04]; Daniel Staehelin, Commentaire bâlois, 2e éd., note 17 ad art. 23; Jacques-Michel Grossen, Personnes physiques, Traité de droit privé suisse, Tome II, 2, p. 71).

D'après l'art. 3 al. 3 let. a LAMal, 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. 13 al. 2 LPGa). L'art. 1 al. 2 let. a OAMal a été édicté en vertu de cette délégation; il prévoit que sont tenus de s'assurer les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 LSEE valable au moins trois mois. Cette disposition réglementaire vise les étrangers qui n'entrent pas dans le cercle des personnes soumises à l'assurance obligatoire en vertu des art. 3 al. 1 LAMal et 1 al. 1 OAMal (ATF 129 V 79 consid. 5.1 et la référence).

3.

3.1 De manière à lier la Cour de céans (cf. art. 105 al. 2 OJ), les premiers juges ont constaté que le recourant bénéficie d'une autorisation de séjour de type B, valable plus de trois mois, et qu'il réside depuis le 1er juin 2004 à Y. \_\_\_\_\_ où il est employé par la société X. \_\_\_\_\_ SA. Sur la base de ces éléments, la juridiction cantonale de recours a admis que le recourant a son domicile en Suisse.

En procédure fédérale, le recourant objecte qu'il réside en Italie et qu'il est assuré contre le risque de maladie selon le droit italien. Il ajoute qu'il passe la majeure partie de son temps hors de Suisse en sa qualité de représentant de la société X. \_\_\_\_\_ SA.

3.2 Comme le recourant invoque l'existence d'une résidence italienne, il faut commencer par trancher ce point de droit, car suivant la réponse donnée à cette question, le recourant pourrait faire partie du cercle des personnes visées par l'annexe II de l'ALCP et être exempté de l'assurance obligatoire (art. 2 al. 6 OAMal en corrélation avec la section A par. 1 let. o point 3 sous let. b de ladite annexe).

Le recourant a tenu des propos quelque peu contradictoires au sujet de sa résidence. Dans son recours cantonal, il s'est ainsi prévalu de sa qualité de résident italien, tout en soutenant, en même temps, qu'il réside « actuellement à Y. \_\_\_\_\_ » à la suite de son engagement par X. \_\_\_\_\_ SA le 1er juin 2004. Le dossier ne contient toutefois pas d'indices suffisants pour admettre une résidence en Italie, le recourant n'ayant d'ailleurs produit aucun document (une taxation fiscale, une attestation de domicile, etc.) dont il faudrait inférer que le centre de ses intérêts resterait situé hors de Suisse à compter du 1er juin 2004. Celui-ci paraît plutôt se trouver à Y. \_\_\_\_\_ depuis ce moment-là; on constate en effet que c'est en Suisse (et non en Italie) que le recourant fait acheminer son courrier (en particulier les factures de Healthcare International SA, ainsi que les offres d'assurance-maladie de Xundheit, Progrès Assurances SA et ÖKK).

A cela, il faut ajouter que par sa nature, l'autorisation de séjour au sens de l'art. 5 LSEE dont le recourant bénéficie (à sa demande) depuis le 1er juin 2004 présente un caractère durable. On peut ainsi déduire de cet élément temporel qu'il ne séjourne pas que temporairement en Suisse, au sens de l'art. 1er let. i du règlement (CEE) 1408/71, mais désormais habituellement, au sens de la let. h (à cet égard, voir ATF 131 V 230 consid. 7.4). Le recourant a ainsi sa résidence habituelle en Suisse, même s'il n'y vit que trois mois par an et qu'il passe le reste de son temps dans plusieurs autres pays pour mener des projets d'audit, de durées moyennes de trois mois (cf. écriture du 22 juillet 2004). La présomption d'un séjour habituel suisse est renforcée par les propos de l'intéressé qui a précisé, en procédure fédérale, qu'il est employé par X. \_\_\_\_\_ SA pour une durée indéterminée, tandis qu'il a fait savoir au Tribunal cantonal qu'il réside actuellement à Y. \_\_\_\_\_.

3.3 Le recourant séjourne habituellement en Suisse au bénéfice d'une autorisation de séjour de type B valable plus de trois mois. Il ne fait donc pas partie des personnes pouvant être exemptées suivant l'annexe II de l'ALCP et est donc tenu, en principe, de s'assurer conformément à l'art. 1 al. 2 let. a OAMal.

4.

4.1 L'art. 3 al. 2 LAMal délègue la compétence au Conseil fédéral d'excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes. Faisant usage de cette délégation, l'autorité exécutive

a ainsi prévu l'exception à l'obligation de s'assurer, sur requête, des personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables (art. 2 al. 8 OAMal, première phrase). A propos de la conformité de cette disposition réglementaire à la loi, il convient de renvoyer au consid. 10 de l'arrêt V. du 29 mars 2006, K 25/05, précité.

Selon l'arrêt V. toujours (consid. 8.5.6), l'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la LCA (même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse). Il s'agit par exemple d'une couverture d'assurance complémentaire pour les vacances ou les voyages, dans la perspective de déplacements professionnels à l'étranger, complétant la protection déjà offerte par l'ALCP et les art. 22 et 22bis du règlement (CEE) n° 1408/71. L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse.

4.2 Le recourant allègue qu'il souffre de la maladie de Basedow, de sorte qu'il doit se soumettre à des analyses de sang tous les trois mois et prendre régulièrement des médicaments. Il ajoute qu'il effectue de fréquents déplacements à l'étranger pour le compte de son employeur, si bien qu'il est contraint de subir de nombreux traitements hors de Suisse; à son avis, cela justifie de bénéficier d'une couverture d'assurance maladie efficace dans le monde entier. A cet égard, le recourant fait observer que la prime mensuelle à l'assurance obligatoire des soins auprès de la CMBB s'élève à 318 fr. 80, tandis que la prime versée à Healthcare International SA ne se monte qu'à 141 fr. 20 par mois. Comme cet assureur privé garantit déjà tous les frais assurés par la CMBB, le recourant estime qu'il est injuste de le faire déboursier le double (de 141 fr. 20) pour ne disposer finalement que d'une couverture d'assurance inférieure. A son avis, les conditions d'une exemption, suivant l'art. 2 al. 8 OAMal, sont remplies.

4.3 En l'espèce, on pourrait admettre que la première condition envisagée par l'art. 2 al. 8 OAMal, savoir la nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais, soit réalisée. En effet, à supposer que le recourant ait été assuré à titre privé par Healthcare International SA avant le 1er novembre 2004 (date à laquelle la décision litigieuse déploie ses effets), son adhésion à l'assurance suisse engendrerait une restriction de la protection d'assurance ou de la couverture des frais aux seules prestations fournies en Suisse.

En revanche, en ce qui concerne l'impossibilité de conclure une assurance complémentaire en raison de l'âge ou de l'état de santé, il est patent que le recourant a pu conclure une assurance privée auprès de Healthcare International SA qui lui garantit une prise en charge des frais médicaux dans le monde entier, nonobstant ses problèmes de santé. Quant au critère des conditions difficilement acceptables, il faut rappeler que les coûts supplémentaires engendrés par l'assurance privée s'élèvent à 141 fr. 20 par mois. Ces coûts représentent environ 44 % d'une prime mensuelle de l'assurance obligatoire des soins et ne peuvent, a priori, pas être qualifiés de difficilement acceptables au regard de la situation du recourant. Selon toutes apparences en effet, il occupe un poste à responsabilités au service d'une société multinationale pour laquelle il conduit notamment des projets d'audit.

Du reste, à supposer que le recourant soit en bonne santé et qu'il doive conclure une assurance complémentaire selon la LCA pour les traitements dans le monde entier, une telle assurance serait à peu près équivalente selon les offres figurant au dossier (par ex. la prime mensuelle s'élève à 126 fr. pour l'assurance ÖKK Classic Globale). Pratiquement, le recourant se trouve donc dans la même situation qu'une personne obligatoirement assurée en Suisse qui doit souscrire en plus une assurance complémentaire dans la perspective de déplacements professionnels fréquents à l'étranger. Au regard de cette comparaison, on ne peut parler de conditions difficilement acceptables.

Vu ce qui précède, le recourant ne peut être exempté de l'assurance obligatoire en vertu de l'art. 2 al. 8 OAMal.

5.

Le recourant soutient que son affiliation d'office à la Caisse-maladie CMBB est contraire à l'art. 5 al. 2 Cst., dans la mesure où l'intimé aurait recouru à des moyens disproportionnés et excessifs. Il ajoute que l'intimé a procédé dans son cas de façon arbitraire au sens de l'art. 9 Cst., alléguant que la mesure prise serait injustifiée, incompréhensible ou déraisonnable. Il se plaint aussi d'une violation des art. 8 Cst. et 8 CEDH.

L'obligation de s'affilier à un régime obligatoire d'assurance sociale n'est à l'évidence pas contraire aux principes constitutionnels ou aux droits fondamentaux. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral des assurances a par exemple jugé que l'obligation d'assurance n'est d'aucune manière contraire à la liberté de conscience et de croyance garantie par l'art. 15 Cst., ni à la liberté d'opinion garantie par l'art. 16 Cst., ni à la liberté économique garantie par l'art. 27 Cst. (RAMA 2001 n° KV 151 p. 119 consid. 3a et les références), ni à la liberté d'association garantie par l'art. 23 Cst. (arrêt D. et P. du 26 juin 2001, K 48/01).

6.

Il s'ensuit que l'intimé a appliqué correctement le droit fédéral en affiliant d'office le recourant, conformément à l'art. 6 al. 2 LAMal, auprès d'une caisse-maladie reconnue. Le recours est infondé.

7.

La procédure n'est pas gratuite, s'agissant d'un litige qui ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (art. 134 OJ a contrario). Le recourant, qui succombe, supportera les frais de justice (art. 156 al. 1 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de justice, d'un montant de 500 fr., sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais, d'un même montant, qu'il a effectuée.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 25 août 2006

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: Le Greffier: