

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Jean-Michel Dolivo intitulée "Discrimination dans l'accès aux subsides pour l'assurance-maladie ?"

Rappel de l'interpellation

Madame K., ressortissante congolaise entrée en Suisse en 2002, est au bénéfice d'un livret F. Séparée, mère de quatre enfants, elle travaille depuis des années dans une entreprise de nettoyage à temps partiel. Une pension du père des enfants ainsi que des allocations familiales complètent son budget qui avoisine dès lors les 4000 francs. Compte tenu des tensions croissantes qui l'opposent à l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), Madame K. a souhaité devenir autonome de cette institution. En prenant en compte un loyer de l'ordre de 1500 francs et des subsides en matière d'assurance-maladie, Madame K. estimait pouvoir s'en sortir sans assistance.

Cela, c'était sans compter une petite révision du guide d'assistance de l'EVAM en 2009.

Selon le nouvel article 212 du guide, on ne peut sortir de l'assurance-maladie collective de l'EVAM qu'après six mois sans aucun lien d'assistance avec cette institution. Or, selon l'art. 220 du guide, tant qu'une personne est assurée auprès de la collective de l'EVAM, elle ne peut obtenir de subsides.

Conclusion, Madame K. n'a la possibilité de s'autonomiser de l'EVAM que si elle gagne suffisamment pour se passer de subsides pendant six mois et si elle gagne suffisamment pour se payer les primes de la collective, soit 433 francs par adulte et par mois et 123 par enfant et par mois !

Rappelons que l'article 4 LAMal pose comme principe le libre choix de l'assureur. L'article 34 LARA prévoit, quant à lui, que le département conclut des conventions avec un ou plusieurs assureurs concernant les requérants partiellement ou totalement assistés, ce qui n'est plus le cas de Mme K. Quant à l'article 9 RLARA, normes émanant du gouvernement, il ne saurait déroger aux dispositions précédentes.

Le député soussigné pose les questions suivantes au Conseil d'Etat:

- 1. L'article 221 du guide d'assistance de l'EVAM constitue-t-il une base légale d'une force normative suffisante pour entraver la liberté contractuelle de celles et ceux qui souhaitent conclure une assurance-maladie de base individuelle, dès lors qu'ils et elles rompent le lien d'assistance avec cette institution ?*
- 2. Si non, quelle est la base légale de cette discrimination d'accès, durant 6 mois, aux subsides ?*
- 3. Quel est l'objectif d'une telle discrimination ? Vise-t-elle à empêcher des personnes au bénéfice d'un permis N ou F de pouvoir bénéficier pendant un certain temps de subsides à l'assurance-maladie ? ou alors à les rendre "captives" de l'assistance publique ?*
- 4. Pourquoi les primes de l'assurance-maladie collective EVAM sont-elles si élevées ?*
- 5. Est-ce judicieux de multiplier les obstacles à l'égard de migrant-e-s qui manifestent la volonté de devenir actifs-actives professionnellement, c'est-à-dire autonomes de l'assistance publique ?*
- 6. Cette mesure discriminatoire serait-elle également applicable aux personnes bénéficiant du RI, alors même que les autorités cherchent à limiter les effets de seuil ?*
- 7. Comment justifier de traiter ainsi des personnes admises provisoirement (livret F) alors que divers projets financés par les pouvoirs publics tendent au contraire à une meilleure intégration des détenteurs de livret F (art. 55Letr/art. 12OIE) dont on sait aujourd'hui que leur séjour est appelé à durer ?*

Souhaite développer.

1 PRÉAMBULE

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 médico-sanitaire, dénommé FARMED (FAReas MEDical), 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, codifié par la loi du 7 mars 2006 sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA) et son règlement du 3 décembre 2008 sur l'assistance et l'aide d'urgence octroyées en application de la loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (RLARA), 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 caisses-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 enfant de Fr. 123.-/mois. Ces mêmes valeurs constituent le barème inscrit dans l'article 10 RLARA.

2 L'ARTICLE 221 [RECTIUS 212] DU GUIDE D'ASSISTANCE DE L'EVAM CONSTITUE-T-IL UNE BASE LÉGALE D'UNE FORCE NORMATIVE SUFFISANTE POUR ENTRAVER LA LIBERTÉ CONTRACTUELLE DE CELLES ET CEUX QUI SOUHAIENT CONCLURE UNE ASSURANCE-MALADIE DE BASE INDIVIDUELLE, DÈS LORS QU'ILS ET ELLES ROMPENT LE LIEN D'ASSISTANCE AVEC CETTE INSTITUTION ?

L'article 212 du Guide d'assistance 2009 de l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), ci-après le Guide, reprend les dispositions de l'article 9, al. 2 et 3 RLARA.

Le règlement met en application l'article 82a, 2ème alinéa de la loi fédérale du 26 juin 1998 sur l'asile (LAsi) qui prévoit que les cantons peuvent limiter les requérants d'asile dans le choix de leur assureur. En effet, selon cette base légale et en vertu de l'art. 41, al. 4 LAMal, les autorités cantonales peuvent désigner, pour les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, un ou plusieurs assureurs offrant une forme particulière d'assurance. Le règlement précise les conditions qui restreignent le libre choix de la caisse-maladie par la personne relevant de la LARA et celles qui la libèrent de cette restriction.

Rappelons par ailleurs, qu'en vertu de l'article 35 LARA, c'est l'EVAM qui représente les demandeurs d'asile dans le système d'affiliation de l'assurance-maladie obligatoire.

Au vu de ce qui précède on peut conclure que la norme réglementaire repose sur une base légale suffisante, notamment sur deux lois fédérales et une cantonale.

3 SI NON, QUELLE EST LA BASE LÉGALE DE CETTE DISCRIMINATION D'ACCÈS, DURANT 6 MOIS, AUX SUBSIDES ? QUEL EST L'OBJECTIF D'UNE TELLE DISCRIMINATION ? VISE-T-ELLE À EMPÊCHER DES PERSONNES AU BÉNÉFICE D'UN PERMIS N OU F DE POUVOIR BÉNÉFICIER PENDANT UN CERTAIN TEMPS DE SUBSIDES À L'ASSURANCE-MALADIE ? OU ALORS À LES RENDRE "CAPTIVES" DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ?

3.1 Droit au subside

L'exclusion du droit au subside prévue par l'article 11 RLARA et reprise dans l'article 220 du Guide repose sur l'article 82a al. 7 LAsi qui suspend le droit à une réduction des primes au sens de l'art. 65 LAMal aussi longtemps que le demandeur d'asile bénéficie d'une aide sociale partielle ou totale.

La notion de l'aide sociale totale ou partielle ne relève pas du droit fédéral, elle trouve sa définition dans la législation cantonale, en l'occurrence dans la LARA et ses dispositions d'application. L'assistance au sens de la LARA recouvre les charges d'entretien (alimentation, vêtements, hygiène, etc.), d'hébergement et les frais de santé, et son contenu s'adapte aux différentes situations concrètes en fonction des normes règlementaires d'assistance et des directives prévues à l'article 21 LARA.

En l'occurrence, l'article 11 RLARA stipule que le droit au subside reste suspendu tant que la personne est affiliée par l'établissement, c'est-à-dire tant que la police d'assurance n'est pas transférée au bénéficiaire conformément à l'article 9, al. 2 RLARA. On constate ainsi que, dans la systématique du droit en vigueur, la personne obtient l'accès au subside en même temps et aux mêmes conditions que la liberté de contracter.

Il convient donc de souligner que la suspension du droit au subside, comme la restriction de la liberté de contracter, se fonde sur le droit fédéral et repose sur une base légale suffisante.

3.2 Liberté de contracter

Le règlement détermine par ailleurs les conditions dans lesquelles les bénéficiaires se trouvent limités dans leur liberté de contracter ainsi que de la suspension au droit à un subside. Il vise à favoriser l'autonomisation des personnes concernées, tout en limitant les risques pouvant résulter de celle-ci pour les individus ou pour l'Etat.

La suppression de la restriction à la liberté de contracter intervient d'office avec effet au 31 décembre de l'année en cours si la personne cumule six mois d'autonomie financière au 31 octobre. Cette disposition permet à l'intéressé de choisir ses conditions d'assurance pour l'année à venir, à savoir son assurance et le niveau de sa franchise, en fonction de sa situation personnelle et financière.

Dans ce cadre, le délai d'attente de six mois, sur lequel se concentre l'interpellation, fonctionne comme un critère prudentiel. Il permet de former la présomption que l'autonomie financière revêt un caractère de relative stabilité puisqu'elle se maintient sur la durée sans discontinuité. Il s'agit de réduire le risque que la personne ayant repris la gestion de sa police d'assurance-maladie se trouve dans l'impossibilité de faire face à ses obligations vis-à-vis de la LAMal, à savoir le paiement régulier des primes (déduction faite d'un éventuel subside), et, en cas de consommation de prestations médicales, des participations et de la franchise.

Une éventuelle interruption du paiement des primes est à éviter dans la mesure du possible. Elle conduit en effet à la suspension de la prise en charge par la caisse-maladie, aux conséquences néfastes pour l'assuré, pour le prestataire des soins et pour l'Etat.

En ce qui concerne une libération de la restriction de la liberté de contracter en cours d'année, il convient de noter qu'elle comporte un risque supplémentaire pour l'intéressé et n'intervient dès lors pas d'office mais uniquement sur demande de ce dernier.

Pour des raisons d'économie globale, l'ensemble des demandeurs d'asile affiliés par l'EVAM sont assurés avec la franchise maximale (à savoir Fr. 2'500.- pour les adultes). Le droit fédéral exclut une modification à la baisse du niveau de la franchise en cours d'année civile. Au moment de prendre la gestion de l'assurance-maladie à leur charge, les demandeurs d'asile peuvent ainsi se retrouver avec un solde de franchise élevé, ce qui représente un risque financier en cas de maladie.

Néanmoins, les personnes n'ayant plus aucun autre lien d'assistance avec l'EVAM sont exonérées du délai d'attente de 6 mois et peuvent donc sortir immédiatement de l'assurance maladie collective de l'EVAM, ce qui favorise leur accession à l'autonomie complète.

4 POURQUOI LES PRIMES DE L'ASSURANCE-MALADIE COLLECTIVE EVAM SONT-ELLES SI ÉLEVÉES ?

Ce que l'interpellant considère comme les primes de l'assurance-maladie collective de l'EVAM correspond en fait au forfait pour la prise en charge complète des frais médicaux prévu par l'article 10 RLARA.

Au-delà des primes d'assurance, ce forfait couvre l'ensemble des coûts liés à la santé, et englobe donc également 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 (frais de lunettes, frais de transport, moyens auxiliaires, etc.) et les frais administratifs. Il représente une sorte de " casco totale " pour les soins, ce qui justifie un montant plus élevé que les primes.

Le forfait correspond au coût moyen par personne, en fonction de la classe d'âge. Il est calculé sur la base des coûts réels des exercices antérieurs.

Certes, une personne autonome financièrement et en bonne santé peut considérer la majoration en question comme une charge excessive. Au contraire, dans les mêmes conditions financières, une personne en traitement médical ou qui craint la complication administrative et/ou l'incidence budgétaire d'un possible traitement médical peut apprécier le confort relatif du dispositif en place. Tout dépend de l'état de santé de la personne et de sa propre propension au risque. Si les personnes

en avaient le choix, certaines adopteraient le système imposé, d'autres opteraient pour une alternative plus économique mais plus risquée. Les éléments mentionnés plus haut attestent du caractère équitable du système en place.

5 EST-CE JUDICIEUX DE MULTIPLIER LES OBSTACLES À L'ÉGARD DE MIGRANT-E-S QUI MANIFESTENT LA VOLONTÉ DE DEVENIR ACTIFS-ACTIVES PROFESSIONNELLEMENT, C'EST-À-DIRE AUTONOMES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ?

Le dispositif en place ne constitue pas une entrave à l'exercice d'une activité lucrative et n'empêche pas la personne en emploi d'atteindre l'autonomie financière requise pour satisfaire au délai d'attente de 6 mois.

De plus, ainsi que cela a été précédemment exposé, le système constitue aussi une sécurité accrue pour les bénéficiaires.

6 CETTE MESURE DISCRIMINATOIRE SERAIT-ELLE ÉGALEMENT APPLICABLE AUX PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DU RI, ALORS MÊME QUE LES AUTORITÉS CHERCHENT À LIMITER LES EFFETS DE SEUIL ?

La restriction du libre choix de l'assureur et la suspension du droit à une réduction des primes au sens de l'art. 65 LAMal, inscrites dans le droit fédéral, ne s'appliquent qu'aux demandeurs d'asile et ne concernent donc pas les bénéficiaires du revenu d'insertion (RI).

7 COMMENT JUSTIFIER DE TRAITER AINSI DES PERSONNES ADMISES PROVISOIREMENT (LIVRET F) ALORS QUE DIVERS PROJETS FINANCÉS PAR LES POUVOIRS PUBLICS TENDENT AU CONTRAIRE À UNE MEILLEURE INTÉGRATION DES DÉTENTEURS DE LIVRET F (ART. 55LETR/ART. 12OIE) DONT ON SAIT AUJOURD'HUI QUE LEUR SÉJOUR EST APPELÉ À DURER ?

Le système actuel n'est pas discriminatoire. Il vise au contraire à permettre à tous les demandeurs d'asile qui en ont la possibilité # y compris les admis provisoires # d'accéder à une autonomie durable.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 9 septembre 2009.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean