

## Assurance-maladie: un système victime de sa complexité qui pénalise les assuré-e-s

Constats tirés des consultations du Centre social protestant Vaud

*Dossier préparé par: Caroline Regamey, chargée de politique et recherche sociales, en collaboration avec: Christine Dupertuis, Jet Service; Magalie Gafner, Service de Consultation juridique; Karine Tzaud, Service social polyvalent, du CSP Vaud*

*Mai 2011*

**Avertissement:** Le contenu des «dossiers du mois» de l'ARTIAS n'engage que leurs auteur-es

## RESUME

L'extrême complexité de l'assurance-maladie génère pour certain-e-s assuré-e-s pertes de repères, incompréhension du dispositif et de nombreuses entraves à exercer des choix cohérents, dans un système qui repose sur la responsabilité individuelle.

Le manque de moyens financiers et d'information jouent un rôle aggravant dans le système mis en place, qui pénalise certain-e-s assuré-e-s et engendre des inégalités, voire un accès limité aux soins.

Eclairages, constats de terrain, et problématiques à partir de la pratique professionnelle du Centre social protestant Vaud.

## RIASSUNTO

L'estrema complessità dell'assicurazione contro le malattie genera per taluni assicurati perdita di riferimenti, incomprendione del dispositivo e numerose difficoltà ad effettuare delle scelte coerenti, in un sistema che si basa sulla responsabilità individuale.

La mancanza di mezzi finanziari e d'informazione giocano un ruolo aggravante nel sistema attuale, che penalizza certi assicurati e genera ineguaglianze o un accesso limitato alle cure.

Chiarimenti, verifiche di terreno e analisi a partire dalla pratica professionale del Centro sociale protestante Vaud.

## **Introduction**

*Le Centre social protestant du canton de Vaud (CSP) délivre gratuitement des consultations professionnelles (12'000 en 2010) aux personnes rencontrant des difficultés dans le canton de Vaud.*

*Périodiquement, ses différents secteurs de consultation sont appelés à faire état de leurs préoccupations du moment, fondées sur les observations que les professionnel-le-s tirent de leur propre pratique. Lorsque les constats dans différents champs d'activité concernent un même sujet, le CSP peut décider d'en faire connaître la teneur aussi bien aux décideurs qu'au large public.*

*Ce dossier est fondé sur des observations de terrain. Les exemples sont tirés de cas réels rencontrés dans les consultations. Que ce soit la consultation juridique, Jet Service qui répond aux problèmes des jeunes, le Service social polyvalent spécialisé dans les questions d'argent et de dettes, ou la Fraternité qui s'adresse aux personnes de nationalité étrangère, tous sont actuellement témoins des difficultés de leurs usagers-ères avec l'assurance-maladie.*

*Si les problèmes de moyens sont évidemment courants dans les situations rencontrées, ce n'est pourtant pas sur cela que nous allons nous focaliser. Nous allons nous intéresser à d'autres aspects problématiques liés à l'assurance-maladie.*

## **Universalité versus responsabilité...**

En Suisse, et même si la couverture d'assurance-maladie est pensée comme universelle (chaque personne doit être assurée pour le risque maladie), le système pose tout de même deux conditions: avoir contracté une assurance et payer les primes.

Ainsi, l'accès aux soins est tout de même conditionné. En effet, depuis 2006 et selon l'article 64a LAMal, les personnes qui ne remplissent pas leurs obligations – qui ne paient pas leurs primes d'assurance - peuvent être privées des prestations de l'assurance: pas de prise en charge des frais de soins, et donc accès rendu plus difficile aux prestataires de soins. L'accès aux soins n'est donc pas strictement garanti, même dans un système de couverture universelle. En l'occurrence, on peut même dire que l'accès aux soins passe après la question de la responsabilité individuelle. Or nous constatons que les conditions imposées prêteritent parfois la possibilité d'exercer des choix responsables, et que le manque de moyens joue un rôle aggravant dans le système en place.

## **L'extrême complexité de la LAMal empêche les personnes d'exercer leur responsabilité**

*A noter que nous nous centrons ici sur l'assurance de base, mais qu'avec les couvertures d'assurance complémentaires la complexité s'accroît encore singulièrement.*

Le système actuel génère une extrême complexité qui se traduit pour les personnes par une perte de repères, une incompréhension grandissante face au dispositif, et de nombreuses entraves à exercer des choix responsables.

De nombreux facteurs expliquent cela, sur lesquels nous reviendrons.

- une «*même*» prestation est délivrée par une multitude de caisses: une quarantaine dans le canton de Vaud. La prestation de base est délivrée sous une forme différente selon les caisses (tiers garant / tiers payant; médecin de famille / Telmed / etc.);
- les caisses proposent, dans le cadre de la même couverture d'assurance, différentes options de franchises, dont on peut douter que les personnes mesurent bien les enjeux;
- certains frais de santé qu'on peut considérer comme de base sont exclus de la couverture d'assurance: frais de prévention, frais dentaires (même si certains<sup>1</sup> d'entre eux peuvent tout de même être remboursés), et lunettes depuis peu;
- la frontière entre assurance-maladie et accidents n'est pas claire: une fracture suite à une chute qui ne se consolide pas est-elle du ressort de la LAMal ou de la LAA? La réponse serait d'ailleurs indifférente si les prestations assurées étaient équivalentes entre ces deux types d'assurance, ce qui n'est pas le cas;
- certaines personnes ne peuvent exercer librement leur choix de la caisse maladie: cela est vrai pour des personnes étrangères titulaires d'un livret F ou N;
- la concurrence s'exerce entre les caisses, toute la communication s'en ressent;
- dans ce contexte de concurrence, des intérêts divergents sont poursuivis: pour simplifier, les caisses recherchent les bons risques, les assuré-e-s recherchent les primes les moins chères;
- le manque de transparence accroît la perte de repères: on ne sait plus à quelle caisse se vouer... en plus de cela, les caisses s'assemblent et se désassemblent, changent de nom, se diversifient, créent des filiales, etc.;
- les assuré-e-s ressentent une forte pression, parfois perçue comme proche du «*harcèlement*», du fait des démarchages des caisses, et du discours de l'Etat, engageant les personnes à ne pas hésiter à changer de caisse, voire les enjoignant à en changer, quand bien même certaines ne peuvent pas le faire (étant liées à leur caisse pour non paiement);
- dans ce système si foisonnant, même les caisses sont débordées, et les renseignements parfois difficiles et longs à obtenir, voire à comprendre. De plus, ce système augmente les frais administratifs qui ensuite se reportent sur les primes.

Dans cette configuration particulièrement compliquée, force est de constater que de manière générale de nombreuses personnes ne comprennent plus ce qu'il faut faire

---

<sup>1</sup> Article 31 LAMal. Prise en charge des frais: si occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Prise en charge des coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a, al. 2, let. b).

ou ne pas faire, et perdent le fil. D'une certaine manière, le système actuel oblige les gens à faire des choix dans lesquels ils ne sont pas en mesure d'exercer leur libre arbitre et leur responsabilité.

Et ceci sans compter que les jeux d'intérêts divergents des acteurs en présence (appâter les bons risques versus rechercher les primes les moins chères) aboutissent à des résultats désagréables. Certaines personnes en pâtissent particulièrement, tout spécialement celles qui ont peu de moyens financiers, selon nos observations. Ce système pervers par sa propre complexité engendre également des inégalités. De plus, pour les personnes qui ont des difficultés de gestion, la complexité du système et celle des démarches administratives constituent un véritable casse-tête, parfois pire que le manque d'argent en soi.

## **Effets induits par la complexité du système**

### **«Mauvaises» franchises, mauvais choix**

Une situation banale est celle plutôt courante des «mauvaises» franchises: le choix d'une franchise élevée pour obtenir des primes plus basses peut se révéler problématique voire catastrophique pour certaines personnes mal renseignées au moment où des soins s'avèrent indispensables. Ce sont presque logiquement les personnes à petit budget qui sont les plus concernées par ce type de «mauvais calcul».

Nous constatons régulièrement dans nos services que certaines personnes, jeunes et moins jeunes, mais qui ont opté pour une franchise élevée renoncent, suite à de telles erreurs d'appréciation, à se faire soigner faute de moyens, et/ou n'osent plus, par honte, retourner chez leur médecin, chez qui elles ont des factures impayées.

*Pour conseiller les jeunes, qui ne disposent souvent que du minimum vital (notamment certains jeunes en formation avec de très petits budgets), le point de vue qui s'impose est celui qui prend en compte de façon réaliste leurs contraintes budgétaires: dans les cas où aucune marge de manœuvre n'est présente, nous conseillons la franchise à Frs. 300.- qui implique donc des primes relativement élevées. Ces dernières sont donc problématiques dans les petits budgets. Mais celles dans lesquelles les participations et frais médicaux non réglés impliquent un endettement le sont encore davantage.*

Il faut souligner que paradoxalement ce sont surtout les personnes qui en ont les moyens qui peuvent économiser sur les primes: étant elles en mesure d'assumer les frais qui peuvent se présenter, elles peuvent se permettre des franchises élevées et des réductions de primes. Ce type d'effet paradoxal est d'ailleurs renforcé par les réductions offertes en cas de paiement semestriel ou par blocs.

Le système implique ainsi des inégalités de traitement entre les personnes en fonction de leurs moyens financiers. Plus on a les moyens, plus on a la liberté de choisir les solutions les plus avantageuses pour la santé et pour le porte-monnaie. Idem pour les assurances complémentaires, auxquelles n'ont réellement accès que les personnes qui ont les moyens de les payer (et qui en général sont en bonne santé).

Inversement, les personnes qui ont le moins de moyens ont tendance à choisir des modèles d'assurance économiques, type médecin de famille, Telmed etc., pour payer moins. Un tel choix a comme corollaire des contraintes de prise en charge, qui peuvent d'ailleurs varier d'une caisse à l'autre, et dont les personnes ne sont pas forcément conscientes. Pourtant, le non respect strict de ces obligations peut entraîner de lourdes conséquences: exclusion du modèle économique, déclassement dans l'assurance standard, voire refus de prise en charge des coûts occasionnés, et même, dans certains cas, obligation de rembourser les rabais.

## **Affiliations multiples**

La complexité du système produit également des situations plus que curieuses, comme les affiliations multiples<sup>2</sup>. Ce type de problème ne devrait, en principe, pas exister. Or nous constatons des cas d'affiliations multiples dans plusieurs de nos secteurs d'activité, qui nécessitent un travail considérable et de nombreuses démarches pour résoudre ces problèmes. Cela touche particulièrement nos usagers-ères qui, ayant des dettes auprès de leur caisse maladie, ne peuvent pas changer de caisse, mais ne le savent pas.

Dans pareils cas, et même lorsque l'assureur communique son refus de libérer l'assuré, il arrive que la nouvelle caisse n'annule pas l'affiliation et persiste à facturer des primes. L'assuré, mal informé et pensant de bonne foi avoir changé d'assureur, s'acquitte des primes auprès du nouvel assureur et reçoit en même temps des factures de primes du premier. Le non paiement de ces primes entraîne alors des poursuites. La situation se complique encore lorsque le subsidé OCC (Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents) est versé au deuxième assureur alors qu'il devrait l'être au premier.

En principe donc, il est inutile qu'une personne qui a des arriérés de paiements auprès de sa caisse demande une nouvelle affiliation. Nous avons pu constater que certain-e-s de ces assuré-e-s ont été victimes d'une absence d'information sur cette question de la part d'agents d'assurance parfois agressifs, payés à la commission, qui poussent à la conclusion d'un nouveau contrat alors que la personne ne peut pas en changer.

*En novembre 2009, un couple avec deux enfants fait confiance à un courtier en assurances pour changer d'assureur maladie. Or, la famille ne pouvait pas quitter son assurance pour cause d'arriérés de primes et prestations au sens de l'art. 64a LAMal.*

*En janvier 2010, trois des membres de la famille se retrouvent en double affiliation LAMal. Dans le cas d'un des enfants, le premier assureur (assureur A) a révoqué l'interdiction de changer de caisse dans le courant de l'année 2010, car les primes et les prestations avaient depuis lors été intégralement payées.*

---

<sup>2</sup> Les affiliations multiples recouvrent la majorité du temps des doubles affiliations; dans quelques cas plus rares, trois et même quatre affiliations ont pu être constatées.



*L'assureur A – qui pensait que l'enfant serait accepté par l'assureur B au 31.12.2010 – a résilié le contrat d'assurance pour cette date.*

*En pratique, l'enfant n'a pas été affilié auprès de l'assureur B qui, lui, avait classé le dossier. De sorte l'enfant s'est retrouvé sans couverture d'assurance-maladie. Les conséquences ont été relativement importantes puisqu'une intervention chirurgicale, fort heureusement bénigne, a dû être reportée jusqu'à ce que la question de l'affiliation soit résolue.*

*Finalement, c'est l'assureur A qui, s'étant rendu compte de son erreur, continue à affilier l'enfant au-delà du 31.12.2010.*

En principe aussi, un assureur ne devrait pas accepter l'affiliation d'une personne dont la caisse refuse la libération. Cela se produit pourtant du fait de procédures mal coordonnées, de fichiers de données mal mis à jour, ceci dans un contexte où les caisses sont débordées... par les changements. On peut ainsi constater que ce système qui prévoit de faire jouer la concurrence entre caisses maladie (voire qui repose sur la concurrence) et encourage les personnes à changer de caisse dans le but d'obtenir de meilleures conditions est paradoxalement mis à mal par l'organisation de caisses peu à même d'assumer à satisfaction certains transferts de dossiers. Ce type de situation peut se retourner contre les usagers-ères eux-mêmes, en particulier celles et ceux qui «*jouent le jeu*» et usent de cette possibilité de changement de caisse.

S'il peut paraître étonnant que de telles situations existent, il est encore plus étonnant qu'il soit si difficile de les régler, même en faisant intervenir le service de l'Ombudsman, du fait du réel manque de collaboration de la part de certaines caisses. Il faut parfois beaucoup insister jusqu'à ce que l'assureur fautif daigne annuler l'affiliation, reverser à l'assuré les primes payées à tort et établir un décompte précis des sommes remboursées, pour les vérifications d'usage (l'assureur qui a affilié à tort n'est en effet pas habilité à facturer des frais administratifs ou des frais de poursuites), voire radier des poursuites nulles et non avenues.

Dans certains cas, il faut solliciter l'assureur à de multiples reprises – et même par plusieurs courriers recommandés successifs - avant d'obtenir un décompte permettant de faire le point de la situation. Nous avons plusieurs exemples concrets d'assurances qui envoient trois fois une même facture alors qu'on demande un décompte détaillé. Les informations données par téléphone ne sont souvent pas les mêmes d'un téléphone à l'autre et diffèrent également des courriers. Il est très difficile pour les personnes de s'y retrouver. Les décomptes sont parfois incompréhensibles, même pour des professionnel-le-s, et nécessitent des contacts ultérieurs pour clarifier les points obscurs. De telles démarches nécessitent un investissement de longue durée et passablement d'assiduité.

Nos services ont rencontré plusieurs cas pour lesquels les démarches ont duré plusieurs mois avant que l'assurance en tort annule l'affiliation, ce qui avait déjà eu des conséquences négatives pour la personne (poursuites, etc.).

## **Des droits à géométrie variable: quand le droit de la migration croise l'assurance-maladie.**

Pour toute personne domiciliée en Suisse, l'assurance-maladie est obligatoire. L'objectif d'universalité de cette assurance, pour des questions de santé publique et de garantie financière pour les prestataires de soins, ne peut s'accommoder d'exception en fonction de la nationalité ou du type de permis. Le corollaire indispensable de l'obligation d'assurance est la possibilité de bénéficier d'un subside, faute de quoi l'obligation serait inapplicable, de très nombreux ménages n'ayant pas les moyens de déboursier l'entier des primes.

Dans cette perspective, l'art. 65 LAMal impose aux cantons de mettre en place des subsides pour les assuré-e-s de condition économique modeste, sans poser de limites pour telle ou telle catégorie de personnes. Il faut cependant constater que des limites existent de fait. C'est dans la Loi sur l'asile qu'il faut aller chercher une particularité. En effet, l'alinéa 7 de l'art. 82a LASi précise que les requérant-e-s d'asile et les personnes à protéger, qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, voient leur droit à une réduction des primes suspendu aussi longtemps qu'ils bénéficient d'une aide sociale partielle ou totale. Le droit renaît lorsqu'ils ne bénéficient plus de l'aide sociale. La loi sur l'asile prévoit donc une exception au droit aux subsides pour les personnes qui bénéficient d'une aide sociale, ce qui ne soulève pas de problème particulier car ces personnes bénéficient d'une couverture d'assurance via leur prise en charge sociale globale.

Le problème naît de certaines dispositions et pratiques cantonales. En l'occurrence, dans le canton de Vaud, de deux articles de règlements<sup>3</sup>, entrés en vigueur en janvier 2009, qui prévoient que l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants<sup>4</sup>) impose une affiliation collective pendant encore 6 mois au-delà du moment où la personne est entièrement autonome financièrement. Or, tant qu'une personne est affiliée à l'assurance collective, elle se voit refuser l'accès au subside. Par exemple, une personne, détentricer d'un livret F, qui travaille, doit pendant six mois payer la totalité de ses propres primes et celles de sa famille. Cette situation est d'autant plus absurde que même les personnes en situation illégale ont accès aux subsides, et ce sans «*délai d'attente*».

Interpellé sur l'incompatibilité du règlement cantonal par rapport aux exigences fédérales, qui ne permet de restriction de subside que tant que dure l'assistance, le gouvernement vaudois n'a pas souhaité le modifier. Une procédure est en cours dans un cas d'espèce, auprès du Tribunal cantonal, depuis octobre 2009.

*Madame K., ressortissante congolaise, vit en Suisse depuis 2002. Elle 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 les Frs. 4'000.-, et l'autorise à entamer les démarches pour*

---

<sup>3</sup> Art. 9 du Règlement 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) et art. 212 du Guide d'assistance de l'EVAM.

<sup>4</sup> L'EVAM est chargé de l'assistance aux migrant-e-s non pris en charge par l'aide sociale ordinaire.



*s'autonomiser de l'EVAM, ce qu'elle souhaite, sachant qu'elle n'en dépend plus (mis à part l'affiliation collective d'assurance-maladie).*

*L'EVAM accepte la demande d'autonomie, pour le mois suivant, soit dès le mois de mai 2009. Une demande de subside est déposée à l'agence d'assurances sociales le 18 mai 2009. Elle est refusée puisque Mme K. ne peut sortir de l'assurance collective qu'à fin octobre. Mme K. n'a ainsi pas d'autre choix que de payer pendant six mois des primes entières pour 5 personnes (soit Frs. 433.- par mois pour elle-même et Frs. 123.- par mois par enfant, soit Frs. 925.- mensuels).*

*Après avoir payé le prix fort pendant six mois, Mme K. est ensuite obligée par l'EVAM d'accepter une couverture d'assurance individuelle avec des franchises maximum (Frs. 2500.- pour adulte) et avec un assureur qu'elle n'a pas choisi.*

Cet exemple met en évidence une autre difficulté rencontrée par les personnes passées par une procédure d'asile dans le canton de Vaud: l'imposition d'un assureur et l'imposition de contrats avec franchise maximale. Au moment où elles acquièrent une autonomie financière, elles restent, comme on l'a vu, affiliées pendant encore six mois par l'entremise de l'assurance collective de l'institution. Passé ce délai, elles ne sont pas sommées de s'assurer individuellement mais affiliées d'autorité, sans aucune possibilité de choix, mais aussi sans mandat, ni légal ni choisi, à une assurance désignée par l'EVAM.

Ceci ne respecte à notre sens pas le libre choix de l'assureur garanti par l'art. 4 LAMal, alors même que les personnes auront à payer elles-mêmes leurs primes. De plus, les personnes se voient systématiquement imposer des contrats avec franchise à option maximale, ce qui est manifestement tout à l'intérêt des assureurs et parfaitement contraire à l'intérêt de la majorité des personnes qui ont souvent de petits salaires leur permettant mal de faire face à une franchise élevée.

Dans de tels cas, nous observons que des dispositions cantonales peuvent pervertir l'esprit de l'assurance-maladie sociale: la charge financière pour l'assurance-maladie est proportionnellement plus élevée pour ces personnes passées par l'asile que pour n'importe quelle autre personne disposant du même budget, ce qui constitue incontestablement une discrimination; de plus, cette situation constitue une nette entrave à l'intégration de ces personnes.

### **Mais qui est responsable?**

Autre curiosité du système, peu connue, mais rencontrée dans nos consultations: la situation de jeunes qui, comme «cadeau» d'accession à la majorité, héritent de dettes constituées par des impayés d'assurance-maladie les concernant en tant que mineurs. Dettes en quelque sorte dues à la défaillance de leurs parents (ou de leurs responsables légaux) en matière de paiement des primes d'assurance-maladie. Dans certains cas, ce sont plusieurs milliers de francs d'impayés qui constituent cet étrange héritage.

Cette situation, même si elle est peu courante, paraît plutôt choquante, et interroge la logique du système. Un-e mineur-e peut-il être tenu responsable des difficultés financières de ses parents, ou de leur mauvaise capacité de gestion? Assurément non, du point de vue du bon sens, il-elle devrait plutôt être préservé-e des conséquences des actes de ses représentants légaux. Cependant, la logique qui s'applique reprend les considérations relatives à la qualité de débiteur dans l'assurance-maladie sociale: *«par définition ce sont les parents qui doivent s'acquitter du paiement des primes. Il faut cependant savoir qu'outre les parents à titre solidaire, l'enfant mineur est, en sa qualité de preneur d'assurance, également débiteur à l'égard de l'assureur. La responsabilité solidaire des parents prenant fin de plein droit à la majorité de leur enfant, les assureurs sont donc en droit de poursuivre l'enfant pour les coûts échus avant sa majorité<sup>5</sup>»*.

Ainsi, dans le cas de l'assurance-maladie, lorsque les parents assurent leurs enfants en leur nom et pour leur compte, cela est à prendre au pied de la lettre, puisqu'un enfant mineur est dans ce cadre curieusement considéré comme preneur d'assurance et donc débiteur. On se demande d'ailleurs comment un enfant mineur peut être tenu responsable d'un contrat dont il n'avait aucun moyen de choisir le contenu... Dans un arrêt<sup>6</sup> de juin 2000, le Tribunal fédéral précise en outre que: *«ce n'est en particulier pas à l'assureur - pas plus qu'au juge des assurances sociales - qu'il appartient de dire jusqu'à quelle date les père et mère de la personne assurée sont tenus d'assumer son entretien et, notamment de pourvoir au paiement de ses cotisations d'assurance. Cette question concerne exclusivement la personne assurée et ses père et mère et doit, le cas échéant, être tranchée par le juge civil»*.

*Arrivé en Suisse en 1999 à l'âge de 12 ans, Milo a vécu avec son oncle qui est devenu officiellement son tuteur, et a bénéficié d'un permis B par regroupement familial. Il habite actuellement dans une petite chambre à Lausanne et étudie à l'université.*

*Déjà durant la minorité de Milo, le tuteur n'a pas payé les primes LAMal. Après la majorité de Milo, le tuteur a continué de s'occuper de toutes les affaires financières de son neveu, et lui a caché tous les courriers (et commandements de payer). C'est en entamant une procédure de naturalisation et également en cherchant à louer un appartement que ce jeune étudiant s'est rendu compte qu'il avait des poursuites. Le décompte de l'assurance relève un montant dû de plus de Frs. 12'000.-.*

Ainsi, la résolution des problèmes de cette nature est renvoyée au cadre qui traite des problèmes de devoir d'entretien dans la famille: ceci implique concrètement qu'un enfant (majeur en l'occurrence) se retrouve dans l'obligation de devoir attaquer ses parents - ou ses responsables légaux - en justice pour obtenir gain de cause. Or, on le sait, ce type de démarche est particulièrement difficile à assumer, que les relations familiales soient bonnes ou moins bonnes d'ailleurs, et implique une grande prise de responsabilités de la part d'un-e jeune. Sans compter qu'il est loin d'être

---

<sup>5</sup> Deck J. (2008), *«La qualité de débiteur dans l'assurance-maladie sociale»*, Sine qua non, Bulletin trimestriel de la permanence juridique sur l'assurance-maladie et accidents du Bureau Central d'Aide Sociale, Genève: BCA.

<sup>6</sup> KV 129 Arrêt du TFA du 5 juin 2000 (RAMA 4/2000, p. 234).

certain (surtout dans ce type de situations) que les parents soient en mesure de rembourser la dette.

Dans le cas présenté, Milo a renoncé à toute action en justice contre son tuteur, et a tenu à rembourser la totalité de la dette par petites tranches.

### **Une protection contre les suspensions, mais pas pour tous-tes**

Actuellement, dans un certain nombre de cantons, la protection des assuré-e-s contre une suspension des prestations dépend de conventions passées entre des cantons et certaines caisses maladie. Dans ce système, le canton «se substitue» aux assurés insolvable et verse à l'assureur le passif des primes et participations sur présentation d'un acte de défaut de biens.

Grâce à ces conventions, la suspension de prestations a nettement reculé. Elle reste néanmoins possible pour certaines situations dont la prise en charge est écartée, ou encore, et même dans un contexte conventionné, par erreur ou inadvertance.

*Une jeune femme consulte régulièrement un psychiatre qui assure le suivi psychologique indispensable à sa santé. Elle rencontre des difficultés de gestion, est solvable, mais avec une saisie de salaire. C'est suite au refus de son thérapeute de la recevoir (tant que ses factures ne sont pas payées) que la jeune femme réalise que l'assurance a suspendu les prestations la concernant. Entre temps, les factures non payées ont été envoyées à la caisse des médecins qui les a renvoyées à un autre office de recouvrement. Madame doit alors payer des factures qui ont augmenté.*

*Curieusement, la caisse maladie concernée est signataire de la convention vaudoise et s'est engagée à ne plus suspendre les prestations. Ce n'est que suite à un appel d'une assistante sociale qui cherche des explications que la caisse maladie s'est rendue compte que cette situation, lourde de conséquences pour cette femme privée d'un suivi nécessaire, résulte d'une ... erreur.*

*Le manque de moyens de cette jeune personne, ses difficultés de compréhension et de gestion ont joué comme facteurs de fragilité supplémentaires. On se demande comment elle aurait pu se sortir seule, et rapidement, de cette situation tout à fait fâcheuse.*

A l'heure actuelle, un certain nombre de personnes ne peuvent bénéficier des effets des conventions canton-caisse maladie. Sont concernées en particulier les personnes qui ont (par malchance) un contrat dans une caisse maladie non signataire d'une convention, et/ou les personnes dont les revenus se situent au-dessus du minimum vital, sont donc encore saisissables et dont les arriérés ne sont pas passés en actes de défaut de bien. Autrement dit ce sont des personnes ou des familles qui ont encore une capacité de remboursement des dettes, ce qui fait qu'une saisie de salaire est effective.

Ce type de situation n'est pas rare dans les services qui interviennent auprès de ménages surendettés, qui sont en poursuites par rapport à leurs cotisations d'assurance-maladie, tout en restant saisissables. A la différence d'une personne qui obtient une reprise de ses actes de défaut de bien pour ses factures impayées, et dont l'accès aux prestations et aux soins va être rétabli grâce à la convention cantonale, la suspension de prestation peut ici durer tant qu'une saisie de salaire est en vigueur, et ce malgré le fait que la personne paie ses primes courantes.

### **Un cercle vicieux?**

Les problèmes se trouvent souvent compliqués, voire deviennent circulaires, si des personnes faisant l'objet de poursuites sont en retard de cotisations au moment où le calcul de l'Office des poursuites est établi. Dans ce cas, et le problème n'est pas nouveau, le calcul du minimum insaisissable ne prend pas en compte les primes courantes. Il arrive régulièrement que les personnes dans ce type de situation estiment strictement impossible de parvenir à rétablir cet aspect par elles-mêmes. De fait, leur endettement s'accroît, ce qui peut avoir de graves conséquences en termes d'accès aux soins. Pourtant, il «*suffit*» en principe de reprendre le paiement mensuel des cotisations et de présenter la preuve du paiement à l'Office des poursuites, et ceci jusqu'à trois mois de suite (certains Offices des poursuites demandent 3 mois de preuves de paiement de primes, d'autres moins, d'autres plus), pour qu'il y ait modification de la saisie (et prise en compte des primes d'assurance). Malheureusement les personnes ont rarement accès à cette information par la caisse maladie ou par l'Office des poursuites.

*Une famille a des impayés auprès de l'Office des poursuites concernant des arriérés d'assurance-maladie de Monsieur, Madame et leur enfant, pour un montant de Frs. 18'000.--. Le surendettement est «annoncé» pour plusieurs années;*

*Monsieur est saisi de Frs. 400.- par mois;*

*Les cotisations mensuelles d'assurance-maladie pour toute la famille, une fois «reprises» (paiement du mois courant), la rendraient insaisissable, et lèveraient la suspension de prestations, sur présentation des actes de défaut de bien.*

Trop souvent encore, nous constatons que lorsque les personnes reprennent le paiement de leurs primes courantes, ce dernier est utilisé par certaines caisses pour rembourser des retards de paiement de prestations ou de primes. Dans de tels cas, une personne qui a payé sa prime courante peut continuer à recevoir des rappels, puis des poursuites pour ce qu'elle a pourtant payé, et continue à s'endetter (notamment par les frais de rappel et de poursuites).

Ce type de pratique, qui sert visiblement prioritairement les intérêts de la caisse, contribue à maintenir les difficultés d'accès des usagers-ères aux prestations et aux soins. De même, cette pratique empêche les usagers-ères de se remettre dans une logique de paiement, c'est-à-dire de reprendre le contrôle sur leurs paiements

mensuels. Ce point est essentiel pour stabiliser une situation d'endettement selon nos pratiques professionnelles.

Or, légalement la caisse n'est pas libre d'attribuer le paiement à la dette de son choix. En effet, de par la loi, c'est le débiteur qui indique la créance qu'il faut éteindre par son paiement, qu'il s'agisse de la prime courante ou d'un arriéré. Encore faut-il le savoir, et le faire respecter.

## **Et dès 2012?**

Suite à de nombreuses discussions et au double constat établi par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, la question sensible des suspensions de prestations fait l'objet d'aménagements, afin d'éviter la fâcheuse conséquence qu'est la privation de soins. En effet, *«la suspension de la prise en charge des coûts des prestations peut entraîner des difficultés financières pour les fournisseurs de prestations et remet en question le principe même de l'assurance-maladie sociale. En outre, elle a des conséquences négatives sur les personnes concernées, qui risquent de ne plus recevoir les soins dont elles ont besoin<sup>7</sup>»*.

Avec la modification de l'article 64a LAMal, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, une amélioration de la situation se profile. Le principal changement lié à cette modification législative est la fin de la suspension de couverture en cas d'arriérés avec l'assureur LAMal, sauf exception, ce qui constitue un progrès pour les assuré-e-s.

Selon la nouvelle teneur de l'article 64a LAMal, la suspension de prestations ne pourra être effective que pour les assuré-e-s qui ne paieraient pas leurs primes malgré les poursuites et le dispositif mis en place, dont la liste sera tenue par les cantons. Dans ce nouveau système, la responsabilité de la décision de suspension reviendra à un organe public, le canton, ce qui est moins insatisfaisant que la pratique actuelle. Une telle *«liste noire»* recensera les personnes ou les *«mauvais payeurs»*, soit celles et ceux qui n'assument pas leurs obligations alors qu'elles-ils pourraient le faire.

Espérons que les personnes qui ne disposent pas d'actes de défaut de biens pour leurs dettes en matière d'assurance-maladie, et qui n'ont qu'une faible capacité de remboursement, ne feront pas partie de ces listes.

La portée de l'amélioration pour certaines situations comme celles que nous décrivons risque surtout de dépendre de l'interprétation que les autorités cantonales pourront en faire, et de la sensibilité à cette problématique, qui est pour l'instant fort disparate sur le plan cantonal.

Des initiatives populaires fédérales sont actuellement déposées par différents acteurs et visent une réforme du système d'assurance-maladie. Certaines améliorations proposées rejoignent nos propres constats.

---

<sup>7</sup> Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 28 août 2009 concernant l'Initiative parlementaire Article 64a LAMal et primes non payées - 09425.

Au vu de la nature des problèmes relevés, trois types de mesures nous semblent nécessaires.

- a) Problème de complexité: à notre sens, seule une simplification drastique du système – tant du côté des acteurs que des prestations – permettrait de résoudre une grande partie des difficultés que nous rencontrons.
- b) Amélioration de la couverture d'assurance-maladie: nous soulignons la nécessité d'inclure dans l'assurance-maladie de base les frais dentaires et de lunettes, et les frais de prévention, et d'harmoniser les prestations de l'assurance-accidents et de l'assurance-maladie.
- c) Pour une question de garantie d'accessibilité, nous préconisons la gratuité de la prime pour tous les enfants, et la possibilité d'un subside complet pour les jeunes en formation (et non pas un subside plafonné à Frs. 290.- comme c'est le cas dans le canton de Vaud).