



Cour III
C-4161/2018

Arrêt du 30 août 2022

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz, juges,
Adrien Renaud, greffier.

Parties

A. _____, (France)
recourante,

contre

Institution commune LAMal,
autorité inférieure.

Objet

LAMal, exemption de l'obligation d'assurance-maladie en
Suisse (décision sur opposition du 6 juillet 2018).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assurée ou recourante) est une ressortissante suisse au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (ci-après : AVS) depuis 2014 (dossier de l'Institution commune LAMal [ci-après : IC], annexe 2, p. 6). Après avoir annoncé son départ de Suisse le 30 octobre 2017, elle a quitté son domicile de Montreux le 24 novembre 2017 pour s'installer définitivement en France, à (...), dans le département de (...) (IC, annexe 2, p. 7 ; TAF pce 18, annexe 4).

B.

B.a Le 23 février 2018, l'assurée a déposé une demande d'affiliation à l'assurance-maladie française auprès de la Caisse primaire d'assurance-maladie de (...) (ci-après : CPAM). Le 23 mars 2018, la CPAM a refusé la demande d'affiliation du 23 février 2018, reçue le 1^{er} mars 2018, pour cause de tardiveté. L'assurée s'est opposée à cette décision en se rendant à la CPAM le 11 avril 2018, en envoyant à cette dernière un courrier le 28 mai 2018 et en déposant un recours auprès de la Commission de Recours Amiable française le 20 juin 2018 (IC, annexe 4, p. 65-66, 70 ; TAF pce 18, annexe 11).

B.b Parallèlement à la procédure devant les autorités françaises, l'assurée a essayé de résilier son contrat d'assurance-maladie avec la société B._____ (ci-après : B._____) par courriel du 17 avril 2018. B._____ a refusé de procéder à la résiliation du contrat et exigé une confirmation d'exemption de l'Institution commune LAMal. Le 24 avril 2018, l'assurée a déposé auprès de l'Institution commune LAMal (ci-après : l'autorité inférieure ou IC) une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentière suisse domiciliée en France, en y joignant, le 3 mai suivant, le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » (IC, annexe 2, p. 6 et annexe 4, p. 22-26).

Par courriels datés des 4 mai 2018, 22 mai 2018, 24 mai 2018 et 1^{er} juin 2018, l'Institution commune LAMal a réclamé à l'assurée le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM. L'assurée lui a répondu, les 18 mai 2018, 24 mai 2018, 4 juin 2018 et 10 juin 2018, que la CPAM refusait de tamponner ce formulaire et qu'elle était en train d'effectuer des démarches pour obtenir son affiliation en France. L'assurée a également précisé qu'elle souhaitait être exemptée de

l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse (IC, annexe 4, p. 34, 59-69, 86-89).

Le 11 juin 2018, l'Institution commune LAMal lui a imparti un délai au 30 juin 2018 pour lui fournir le formulaire susmentionné préalablement tamponné par la CPAM, à défaut de quoi la demande d'exemption serait refusée. Le jour même, l'assurée a répondu qu'elle se trouvait confrontée à des exigences administratives contradictoires et qu'elle avait envoyé tous les documents en sa possession à la CPAM (IC, annexe 4, p. 84-85). Le jour même, l'Institution commune LAMal a rejeté la demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse formulée par l'assurée pour le motif que cette dernière ne lui avait pas transmis le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » tamponné par la CPAM (cf. décision du 11 juin 2018 [IC, annexe 3, p. 17-18]).

Le 17 juin 2018, l'assurée a fait opposition à la décision susmentionnée, arguant que tant l'Institution commune LAMal que la CPAM exigeaient que le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » soit préalablement tamponné par l'autre institution. Elle a également indiqué avoir envoyé à la CPAM un courrier avec tous les documents en sa possession pour obtenir un rendez-vous, la requête étant en cours de traitement (IC, annexe 4, p. 20).

Par décision sur opposition du 6 juillet 2018, l'autorité inférieure a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 juin 2018 déniant à celle-ci son exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse pour le motif que les conditions posées en la matière par l'art. 2 al. 6 OAMal n'étaient pas remplies. En effet, elle avait reçu la demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse au mois d'avril 2018 et avait attiré l'attention de l'assurée sur le fait que sa demande serait refusée si elle n'était pas préalablement assurée en France. La procédure en matière d'exemption à l'assurance-maladie obligatoire était clairement définie, en ce sens que le formulaire idoine devait être tamponné par l'institution française avant d'être transmis à l'autorité suisse. En l'occurrence, à défaut d'avoir transmis à l'institution suisse un formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM, la demande d'exemption s'était révélée incomplète, de sorte que l'assurée n'avait pas valablement fait valoir son droit d'option et restait par conséquent obligatoirement affiliée à l'assurance-maladie suisse (IC, annexe 5, p. 108-109).

C.

C.a Par acte posté le 17 juillet 2018 (date du timbre postal), l'assurée et son époux interjettent recours auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) contre la décision sur opposition du 6 juillet 2018, dont ils requièrent implicitement l'annulation en concluant, d'une part, à ce que l'autorité inférieure leur fournisse le document « *Choix du système d'assurance-maladie* » timbré par ses soins, d'autre part, à ce que la recourante soit exemptée de l'obligation d'assurance-maladie obligatoire en Suisse dès lors qu'ils ont transmis à l'autorité inférieure tous les documents nécessaires en ce sens. En particulier, ils expliquent que si le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » n'a pas été envoyé à l'autorité inférieure muni du timbre de la CPAM, c'est en raison de l'exigence de la CPAM française qui requérait que ce même formulaire soit préalablement tamponné par l'Institution commune LAMal (TAF pce 1).

C.b Aux termes d'une réponse déposée le 14 septembre 2018 (date du timbre postal), l'autorité inférieure conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, les frais et dépens étant à la charge de la recourante. En bref et pour l'essentiel, elle rappelle que la requête d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse, reçue le 24 avril 2018, était incomplète, l'assurée n'ayant pas été à même de produire un formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment visé par la CPAM afin d'attester son affiliation auprès de la sécurité sociale française. La procédure d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse était impérativement décrite dans une note relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France, laquelle n'autorisait pas l'Institution commune LAMal à viser et timbrer le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » avant la CPAM (TAF pce 3).

C.c Par réplique du 3 octobre 2018, la recourante et son époux confirment les conclusions prises dans leur recours, indiquent avoir déposé un recours auprès de la Commission de Recours Amiable française contre le refus d'admission de l'assurée auprès de l'assurance-maladie française et précisent avoir réécrit à la CPAM le 13 septembre 2018 (TAF pce 5).

C.d Le 9 octobre 2018, le Tribunal a transmis la réplique à l'autorité inférieure pour connaissance et a mis un terme à l'échange des écritures (TAF pce 7).

C.e Le 21 novembre 2018, la Commission de Recours Amiable française a admis le recours déposé par l'assurée et lui a accordé le droit de s'assujettir à l'assurance-maladie française (TAF pce 18, annexe 11). Par conséquent, la recourante a été affiliée à l'assurance-maladie française avec effet rétroactif au 24 novembre 2017 et a pu transmettre à l'autorité inférieure le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM le 11 janvier 2019 (TAF pce 18, annexes 9 et 10 ; TAF pce 17).

C.f Par écriture spontanée du 1^{er} avril 2019, la recourante indique au Tribunal avoir été affiliée à l'assurance-maladie française, avoir reçu de la CPAM le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné et avoir transmis ce dernier à l'autorité inférieure en vue de son exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse (TAF pce 8).

C.g Aux termes de deux écritures spontanées datées des 22 juillet 2019 et 17 février 2021, la recourante réitère ses conclusions formulées dans son recours du 17 juillet 2018 et souligne être affiliée à l'assurance-maladie française (TAF pces 12 et 14).

C.h Le 4 mars 2021, l'autorité inférieure a prononcé l'exemption de l'époux de la recourante de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse, précisant que cette exemption était aussi applicable aux membres de la famille sans activité lucrative (TAF pce 18, annexe 2). Par courriel du 1^{er} avril 2021, la société C._____ a demandé à l'autorité inférieure si cette exemption était également valable pour la recourante (TAF pce 18, annexe 2), aucune suite à cet échange n'ayant été communiquée au Tribunal.

C.i Le 10 mai 2022, la recourante a produit un courrier du 2 mars 2021 de la CPAM confirmant l'affiliation de celle-là à l'assurance-maladie française dès le 24 novembre 2017 (TAF pce 17, annexe).

C.j Sur invitation du Tribunal, l'autorité inférieure a produit le 13 mai 2022 le dossier de la cause actualisé depuis le 14 septembre 2018 (TAF pce 18).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits et discutés, en tant que besoin, dans les considérants qui suivent.

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 31 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] ; art. 7 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RS 172.021]).

1.2 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la LTAF, le Tribunal, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et des art. 18 al. 2^{bis} et 90a al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), connaît des recours interjetés contre les décisions prises par l'Institution commune LAMal en matière d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse.

1.3 Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal ne déroge expressément à la LPGA.

1.4 La qualité pour recourir devant le Tribunal administratif fédéral est régie par l'art. 59 LPGA (voir également art. 48 PA). A teneur de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Selon la jurisprudence, la tierce personne qui souhaite contester la décision d'une manière indépendante, mais en faveur du destinataire de la décision (« *Drittbeschwerde pro Verfügungsadressat* »), doit être directement et immédiatement atteinte dans ses intérêts économiques (ATF 141 V 650 consid. 3.1 ; arrêt du TF 9C_616/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.4). En l'occurrence, l'époux de la recourante se présente comme étant directement concerné par la décision sur opposition litigieuse et cosigne le recours (cf. let. C.a *supra*). Quand bien même pourrait-on envisager un intérêt pécuniaire de l'époux de la recourante à contester la décision sur opposition litigieuse, il ne ressort pas du recours que celui-ci fût directement et immédiatement atteint dans ses intérêts économiques, étant précisé qu'il incombe à la partie recourante d'alléguer

les faits qu'elle considère comme propres à fonder sa qualité pour recourir (arrêt du TF 4A_509/2020 du 7 décembre 2020 consid. 4.2 ; cf. également arrêt du TAF A-385/2017 du 21 août 2017 consid. 1.2 et les réf. cit.). Quoiqu'il en soit, la question de la qualité pour recourir de l'époux de la recourante peut toutefois rester indéterminée dans la mesure où elle n'a d'incidence ni sur la recevabilité du recours ni sur l'issue de la procédure.

1.5 Pour le reste, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA ; voir également art. 50 al. 1 PA), dans les formes légales (art. 61 let. b LPGA ; voir également art. 52 PA) et par une administrée directement touchée par la décision attaquée (art. 59 LPGA ; voir également art. 48 PA [cf. consid. 1.4 *supra*]). Il n'est pas soumis à une avance sur les frais de procédure présumés, celle-ci étant gratuite (art. 18 al. 8 LAMal en relation avec l'art. 85^{bis} al. 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020). Partant, il est recevable.

2.

2.1 Dans le cadre de l'instruction de la présente procédure de recours, l'autorité inférieure a produit, à la demande du Tribunal, le dossier constitué dans la présente affaire, dûment actualisé. Il en ressort que par décision du 4 mars 2021, l'autorité inférieure a exempté l'époux de la recourante de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse, précisant que cette exemption était aussi applicable aux membres de la famille sans activité lucrative (TAF pce 18, annexe 2).

Aux termes de l'art. 58 al. 1 PA, l'autorité inférieure peut, jusqu'à l'envoi de sa réponse, procéder à un nouvel examen de la décision attaquée. La reconsidération par l'autorité inférieure après la clôture de l'échange d'écritures est nulle ; elle pourra cependant être interprétée comme constitutive d'une conclusion concordante demandant au tribunal de statuer dans le sens de la décision de reconsidération (cf. not. ATF 130 V 138 consid. 4.2 et réf. cit. ; ATAF 2011/30 consid. 5.3.1 et réf. cit. ; arrêt du TAF E-5935/2018 du 29 mai 2020 consid. 7.2 ; AUGUST MÄCHLER, in : Christoph Auer/Markus Müller/Benjamin Schindler (éd.), VwVG - Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren Kommentar, 2^e éd. 2019, art. 58 n° 16 ; ANDREA PFLEIDERER, op. cit., art. 58 n° 36).

En l'espèce, à supposer que l'autorité inférieure eût voulu exempter la recourante de l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie suisse en même temps que son mari, une telle intention ne ressort pas clairement des

termes de sa décision du 4 mars 2021. En outre, l'autorité inférieure a envoyé sa réponse le 14 septembre 2018 et l'échange d'écritures a été clos le 9 octobre 2018, de sorte qu'une éventuelle reconsidération par l'autorité inférieure de sa décision sur opposition du 6 juillet 2018 aux termes de son prononcé du 4 mars 2021 ne peut, en tout état de cause, qu'être interprétée comme constitutive d'une conclusion concordante demandant au Tribunal de prononcer l'exemption de la recourante de son obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse. Nonobstant la décision du 4 mars 2021, le présent recours ne se révèle par conséquent pas privé d'objet.

2.2 S'agissant de l'étendue de l'objet du litige en suspens devant l'autorité de recours, le Tribunal constate que le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » a été tamponné par la CPAM et transmis à l'autorité inférieure le 11 janvier 2019, de sorte que la conclusion initiale de la recourante demandant au Tribunal d'intimer à l'autorité inférieure de produire la pièce précitée timbrée par ses soins, se révèle désormais sans objet. La recourante a par conséquent réduit ses conclusions dans la mesure où elle requiert désormais l'annulation de la décision attaquée respectivement son exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Partant, le litige porte uniquement sur l'affiliation de la recourante à l'assurance obligatoire suisse, soit sur le point de savoir si l'autorité inférieure était fondée à refuser de l'en exempter dans sa décision sur opposition du 6 juillet 2018.

3.

3.1 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse a été rendue le 6 juillet 2018. Ainsi, les dispositions de la LAMal et de son règlement d'exécution dans leur teneur au jour de la décision attaquée, soit au 6 juillet 2018, sont applicables.

3.2 Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit

cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 8C_490/2021 du 11 février 2022 consid. 3.1).

En l'espèce, la décision attaquée est datée du 6 juillet 2018 alors que la Commission de Recours Amiable française a accordé à l'assuré le droit de s'assujettir à l'assurance-maladie française le 21 novembre 2018. En outre, par courrier du 3 mars 2021, la CPAM a confirmé à la recourante son affiliation à l'assurance-maladie française dès le 24 novembre 2017. Ces faits sont postérieurs à la décision litigieuse du 6 juillet 2018 et doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Cela étant, en raison de leurs liens étroits avec l'objet du litige et de leur importance pour l'issue de celui-ci, le Tribunal les prendra en considération.

4.

4.1 Dans la mesure où la décision attaquée a pour effet de soumettre à l'assurance-maladie obligatoire suisse une ressortissante suisse, au bénéfice d'une rente de vieillesse servie par la sécurité sociale suisse, domiciliée en France, l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681) s'applique, avec notamment son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (ATF 133 V 265 consid. 4.2.1 ; ATF 128 V 315 consid. 1b/aa). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement n° 883/2004 ; RS 0.831.109.268.1) et son règlement d'exécution, le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; ci-après: règlement n° 987/2009), applicables pour la Suisse dès le 1^{er} avril 2012 (ATF 143 V 81 consid. 5). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

4.1.1 Le titre II du règlement n° 883/2004 (art. 11 à 16) comprend des règles générales de conflit pour déterminer la législation applicable.

L'application de ces règles de conflit est obligatoire pour les Etats membres. Elles forment un système de règles de conflit dont le caractère complet a pour effet de soustraire aux législateurs nationaux le pouvoir de déterminer l'étendue et les conditions d'application de leur législation nationale en la matière, quant aux personnes qui y sont soumises et quant au territoire à l'intérieur duquel les dispositions nationales produisent leurs effets (ATF 146 V 290 consid. 3.2; 146 V 152 consid. 4.2.3.1 ; 144 V 127 consid. 4.2.3.1 et les références ; arrêt du TF 9C_263/2021 du 24 janvier 2022 consid. 5.1.1, 5.1.2).

L'art. 11 par. 1 du règlement n° 883/2004 pose le principe de l'unicité du droit applicable, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre. Les personnes qui, comme la recourante, n'exercent pas d'activité lucrative salariée ou non salariée (ou ne réalisent pas les autres éventualités prévues par l'art. 11 par. 3 let. b à d du règlement), sont soumises à la législation du lieu de résidence (art. 11 par. 3 let. e du règlement n° 883/2004). Les règles de caractère général qui figurent sous le titre II du règlement n° 883/2004 ne s'appliquent cependant que dans la mesure où les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations qui constituent le titre III dudit règlement (« *Dispositions particulières applicables aux différentes catégories de prestations* » [art. 17 à 70]) n'y apportent pas une dérogation (ATF 146 V 290 consid. 3.1 ; ATF 144 V 127 consid. 6.3.2.1 et les références ; cf. arrêt du TF 9C_263/2021 consid. 5.1.1 et les réf. cit).

4.1.2 Le titre III du règlement n° 883/2004 contient ainsi des règles de conflit pour des situations spéciales dans des branches particulières du système de la sécurité sociale, singulièrement, au chapitre 1 (art. 17 à 35) en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées. A la différence du titre II, il s'agit de dispositions ponctuelles concernant une branche particulière de la sécurité sociale ou un domaine particulier du droit (ATF 146 V 152 consid. 4.2.2.1; 146 V 290 consid. 3.2. et les références). Aux art. 23 ss, le règlement n° 883/2004 prévoit des règles de coordination de droit communautaire dans le sens décrit ci-avant en ce qui concerne le droit aux prestations en nature en cas de maladie des titulaires de pension et des membres de leur famille (ATF 144 V 127 consid. 4.2.2.2) ; pour les rentiers, elles définissent aussi à titre préjudiciel les règles applicables concernant l'obligation d'assurance (GEBHARD EUGSTER, *in* Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^e éd. 2016, p. 443 s. n° 116; cf. ATF 146 V 290 consid. 3.3.2 ; cf. arrêt du TF 9C_263/2021 consid. 5.2.1, 5.1.3 et les réf. cit).

Selon l'art. 23 du règlement n° 883/2004, la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs Etats membres, dont l'un est l'Etat de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet Etat membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet Etat membre. L'art. 24 du règlement n° 883/2004 règle la situation dans laquelle les titulaires de la pension n'ont pas de droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence faute d'un rapport suffisant avec le système des rentes de l'Etat de résidence. Lorsqu'une seule rente est perçue, la charge des prestations en cas de maladie incombe à l'institution compétente de l'Etat qui alloue la rente. Les rentiers ont alors un droit à l'entraide visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en nature à l'encontre de l'institution de l'Etat de résidence (ATF 144 V 127 consid. 4.2.2 et la référence). Il résulte ainsi de l'articulation des art. 23 et 24 du règlement n° 883/2004 que le droit européen établit une distinction au sein des personnes au bénéfice de pensions, selon qu'elles disposent ou non d'un droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence, lequel dépend lui-même de l'existence d'un rapport suffisant avec le système des pensions de cet Etat (cf. arrêt du TF 9C_263/2021 consid. 5.1.3 et les réf. cit). Même si cela ne découle pas directement de la lettre de la disposition, l'art. 24 par. 1 et par. 2 let. a du règlement n° 883/2004 comprend ainsi une règle de conflit, qui prévoit une obligation de s'assurer à l'assurance-maladie avec obligation de cotiser dans l'Etat qui verse la rente (cf. ATF 146 V 290 consid. 3.3.2).

4.2 En complément de la réglementation précitée, l'annexe XI du Règlement n° 883/2004 (Suisse, ch. 3, let. a, ch. ii et let. b) prévoit que les personnes pour lesquelles la Suisse assumera la charge des prestations en vertu des art. 24, 25 et 26 du règlement peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie. Cette demande – appelée « *droit d'option* » – doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque, dans des cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance (let. aa).

4.2.1 S'agissant des modalités d'exercice du droit d'option entre la Suisse et la France, les deux États parties ont convenu de l'Accord du 7 juillet 2016 entre les autorités compétentes de la Confédération suisse et de la République française concernant la possibilité d'exemption de l'assurance-maladie suisse (entré en vigueur le 1^{er} octobre 2016 ; ci-après: accord du 7 juillet 2016), dont l'objet est de préciser dans les relations suisse-françaises les conditions d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse en application du ch. 3 let. b, « Suisse », de l'annexe XI du Règlement n° 883/2004 et la procédure y relative (art. 1 par. 1). En particulier, l'art. 3 par. 1 de l'accord du 7 juillet 2016 prévoit que « *[/]es deux Parties conviennent d'un formulaire conjoint permettant notamment la demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse selon la lettre b du chiffre 3 sous « Suisse » de l'annexe XI du règlement (CE) no 883/2004. Il décrit la procédure y relative. Il atteste également de cette exemption* » (cf. ATF 147 V 402 consid. 4.2).

4.2.2 Mettant en œuvre l'accord du 7 juillet 2016, la Confédération suisse et la République française publient à disposition des administrés le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » (consultable sous : www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Assurés domiciliés à l'étranger > Obligation de s'assurer > Bénéficiaires d'une rente suisse à l'étranger [site consulté en avril 2022]). Il y est précisé que ce formulaire doit être déposé auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la domiciliation en France, sans quoi l'autorité compétente suisse procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.

4.2.3 Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du droit d'option instauré par la réglementation européenne. Selon l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) - disposition qui doit être lue en corrélation avec les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d OAMal -, sont, sur requête, exceptées de l'obligation de s'assurer en Suisse les personnes qui résident dans un État membre de l'UE, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie (cf. ATF 147 V 402 consid. 4.3).

4.2.4 S'agissant des modalités d'exercice du droit d'option, la jurisprudence précise que l'assuré doit en principe l'exercer dans les trois mois qui suivent son départ pour l'étranger (cf. ATF 136 V 295 consid. 2.3.3 ; arrêt

du TF 9C_801/2014 du 10 mars 2015 consid. 3.3). Un dépassement des délais peut être considéré comme « *justifié* » dans certains cas (cf. arrêt du TF 9C_561/2016 du 27 mars 2017 consid. 5.2). La notion de cas « *justifié* » laisse une grande marge d'interprétation aux autorités administratives et judiciaires (cf. arrêt du TAF C-5359/2017 du 6 décembre 2018 consid. 7.3 et les réf. cit.). Selon la jurisprudence, si l'assuré a été empêché de faire valoir son droit d'option en raison d'un manque d'information, il doit se voir accorder la possibilité de l'exercer même après l'expiration du délai de trois mois (ATF 136 V 295 consid. 5.8-5.10 ; cf. également arrêt du TF 9C_1040/2009 du 7 décembre 2010 et arrêt du TAF C-5183/2019 du 8 novembre 2021 consid. 8.3.2). En particulier, l'assuré doit être informé sur l'existence du droit d'option et sur la manière de l'exercer (cf. arrêt du TF 9C_531/2019 du 17 février 2020 consid. 6.2). Lorsqu'un assuré se voit octroyer un nouveau délai pour faire valoir son droit d'option en raison d'une information tardive, l'important est qu'il puisse rapidement choisir le régime d'assurance auquel il entendait se soumettre et que les différentes autorités entérinent ce choix (cf. arrêt du TF 9C_561/2016 consid. 5.2). L'obligation d'informer l'assuré sur son droit d'option incombe aux assureurs et aux cantons (cf. art. 6a al. 1 let. c LAMal et art. 7b OAMal ; cf. également arrêts du TF 9C_531/2019 consid. 6.2 et du TAF C-5359/2017 consid. 7.4).

5.

5.1 En l'espèce, la recourante est une ressortissante suisse, au bénéfice d'une rente AVS, résidant en France depuis le 24 novembre 2017. En regard des règles de coordination des systèmes de sécurité sociales, elle avait l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse à partir de cette date, sous réserve de l'exercice du droit d'option. Pour faire valoir celui-ci, elle disposait d'un délai de trois mois dès le 24 novembre 2017, soit jusqu'au 24 février 2018. Or, c'est seulement en date du 24 avril 2018 que, sur les conseils de B. _____, elle a exprimé auprès de l'autorité inférieure sa volonté d'être exemptée de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Force est ainsi de constater que l'assurée n'a pas exercé son droit d'option dans le délai réglementaire de trois mois suivant sa domiciliation en France. Il s'agit dès lors d'examiner si le dépassement par l'assurée du délai de trois mois pour faire valoir son droit d'option peut être considéré comme justifié en raison d'un manque d'information.

5.2 Il ressort du dossier que la recourante a annoncé son départ à la commune de Montreux le 30 octobre 2017 avant de s'installer en France dès le 24 novembre 2017. Après son départ de Suisse, elle a d'abord essayé de s'affilier le 23 février 2018 à l'assurance-maladie française. Sa

demande ayant été refusée le 23 mars 2018, elle s'est rendue à la CPAM le 11 avril 2018 pour contester ce refus. Le 17 avril 2018, elle a ensuite tenté de résilier le contrat d'assurance-maladie obligatoire suisse la liant à B._____, laquelle l'a informée le 19 avril 2018 de la nécessité de contacter l'Institution commune LAMal. Le 24 avril 2018, l'assurée a finalement déposé une demande d'exemption de l'obligation d'assurance-maladie obligatoire suisse auprès de l'autorité inférieure. Cela étant, rien au dossier n'indique que la recourante aurait reçu les instructions nécessaires sur son droit d'option et les modalités de l'exercer, de la part des autorités vaudoises, lesquelles étaient pourtant tenues de l'en informer (cf. consid. 4.2.4 supra ; voir également art. 6 al. 1 de la loi du canton de Vaud du 9 mai 1983 sur le contrôle des habitants [LCH ; RS/VD 142.01] et art. 4 de la loi cantonale vaudoise du 2 février 2010 d'application de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur l'harmonisation des registres des habitants et d'autres registre officiels de personnes [LVLHR ; RS/VD 431.02]) après qu'elle leur avait communiqué son départ pour la France le 30 octobre 2017 (cf. IC, annexe 2, p. 7). Le fait que la recourante a d'abord tenté de s'affilier à l'assurance-maladie française le 23 février 2018, puis de résilier le 17 avril 2018 le contrat la liant avec B._____, avant de finalement adresser le 24 avril 2018 une demande d'exemption à l'autorité inférieure établit bien plutôt que la recourante n'a pas disposé des informations nécessaires à l'exercice conforme de son droit d'option jusqu'à ce que B._____ lui donne les coordonnées de l'autorité inférieure le 19 avril 2018. Faute ainsi d'avoir été dûment informée, l'assurée devait se voir octroyer la possibilité de faire valoir son droit d'option malgré l'expiration du délai de trois mois. C'est dès lors à juste titre que l'autorité inférieure est entrée en matière sur la demande d'exemption déposée tardivement par la recourante le 24 avril 2018 et a instruit cette requête alors même que le délai d'exercice du droit d'option était échu depuis le 25 février 2018. Ce faisant, l'autorité inférieure a octroyé à la recourante la possibilité de faire valoir son droit d'option malgré l'expiration du délai de trois mois conformément au droit fédéral.

5.3

5.3.1 Dès lors, il reste à examiner si c'est à juste titre qu'après avoir ainsi octroyé à la recourante un délai pour faire valoir son droit d'option, l'autorité inférieure a refusé ensuite de l'exempter de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse par décision du 11 juin 2018 confirmée sur opposition le 6 juillet 2018 faute d'avoir produit le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM.

5.3.2 En droit fédéral des assurances sociales, l'art. 29 al. 3 LPGA prévoit que si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande. En d'autres termes, une requête qui n'est pas introduite avec le formulaire officiel adéquat ou qui s'avère incomplète est, en principe, suffisante eu égard aux délais à respecter, pour autant que la volonté de l'assuré de prétendre à des prestations de l'assureur ressorte clairement de sa requête (arrêt du TF 8C_145/2019 du 3 juin 2020 consid. 6.4.2 et les réf. cit.). Les principes de procédure fixés à l'art. 29 al. 3 LPGA s'appliquent également dans le domaine de l'exemption de l'obligation d'assurance-maladie en Suisse (cf. arrêt du TAF C-1479/2018 du 23 mars 2021 consid. 5.1 ; cf. également GUY LONGCHAMPS, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 3 ad art. 29 LPGA).

5.3.3 Il est constant que la recourante s'est établie en France le 24 novembre 2017. Le 23 février 2018, elle a déposé une demande d'affiliation à l'assurance-maladie française auprès de la CPAM qui l'a refusée le 23 mars 2018 pour cause de tardiveté. L'assurée s'est opposée à cette décision en se rendant à la CPAM le 11 avril 2018, avant de tenter de résilier son contrat d'assurance-maladie avec la société B. _____ (ci-après : B. _____) par courriel du 17 avril 2018. B. _____ a refusé de procéder à la résiliation du contrat et exigé une confirmation d'exemption de l'Institution commune LAMal. La recourante a alors déposé auprès de l'autorité inférieure une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse le 24 avril 2018, en y joignant, le 3 mai suivant, le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* ». Par courriel du 4 mai 2018, l'Institution commune LAMal a demandé à l'assurée de lui retourner le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM. L'assurée lui a répondu le 18 mai 2018 que la CPAM avait refusé de l'affilier au système français de sécurité sociale et qu'elle avait contesté cette décision, réitérant son souhait d'être exemptée de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Par courriel du 24 mai 2018, l'Institution commune LAMal a derechef interpellé l'assurée afin que celle-ci produise le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné par la CPAM. Le 28 mai 2018, l'assurée a une nouvelle fois sollicité en vain la CPAM afin que celle-ci appose le timbre nécessaire sur le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* », non sans avoir préalablement informé l'autorité inférieure de cette démarche par email du 24 mai 2018. Le 1^{er} juin 2018, l'Institution commune LAMal a invité une nouvelle fois l'assurée à lui fournir le formulaire « *Choix du système*

d'assurance-maladie » préalablement tamponné par la CPAM. Le 10 juin 2018, l'assurée a répété à l'autorité inférieure que la CPAM refusait en l'état actuel de l'affilier et qu'elle souhaitait être exemptée de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Le 11 juin 2018, l'Institution commune LAMal lui a imparti un délai au 30 juin 2018 pour présenter le formulaire susmentionné préalablement tamponné par la CPAM, à défaut de quoi la demande d'exemption serait refusée. Le jour même, l'assurée a répondu qu'elle se trouvait confrontée à des exigences administratives contradictoires et qu'elle avait envoyé tous les documents en sa possession à la CPAM. Ce même 11 juin 2018, l'Institution commune LAMal a rejeté la demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse formulée par l'assurée pour le motif que cette dernière ne lui avait pas remis le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » tamponné par la CPAM (cf. décision du 11 juin 2018 [IC, annexe 3]). Le 20 juin 2018, l'assurée a déposé un recours auprès de la Commission de Recours Amiable française contre la décision du 23 mars 2018 de la CPAM afin d'obtenir son affiliation à l'assurance-maladie française et le formulaire susmentionné dûment tamponné. Le 21 novembre 2018, la Commission de Recours Amiable française a admis le recours déposé par l'assurée et l'a affiliée à l'assurance-maladie française rétroactivement au 24 novembre 2017. Le 11 janvier 2019, la recourante a transmis le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » muni du tampon de la CPAM à l'autorité inférieure.

Cela étant, il apparaît qu'après avoir été empêchée d'exercer en temps utile son droit d'option faute d'en avoir été correctement informée par les autorités compétentes suisses, la recourante a déposé une demande d'affiliation à l'assurance-maladie française que la CPAM lui a refusée pour cause de tardiveté de même qu'elle a respectivement refusé d'apposer le timbre correspondant sur le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* ». Bien que non représentée, la recourante a réagi promptement en se rendant le 11 avril 2018 auprès de la CPAM afin de contester le refus de son affiliation à la sécurité sociale française, puis en déposant une demande d'exemption de l'assurance-maladie suisse auprès de l'autorité inférieure le 24 avril 2018. Lorsque l'Institution commune LAMal lui a réclamé le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné à plusieurs reprises, la recourante l'a informée de ses démarches auprès de l'institution française pour obtenir le formulaire requis dûment tamponné et a déclaré sans équivoque qu'elle entendait se soumettre au régime d'assurance-maladie français. Aussi, aux moments de prononcer la décision du 11 juin 2018 puis celle sur opposition du 6 juillet 2018, l'autorité inférieure était-elle indubitablement et clairement informée de la volonté de

la recourante de s'assujettir à l'assurance-maladie française. En outre, l'autorité inférieure disposait à ce moment-là d'une requête d'exemption complète, à l'unique exception du tampon sur le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » que la CPAM refusait d'apposer dès lors qu'elle refusait l'affiliation de la recourante à la sécurité sociale française. Or, l'autorité inférieure n'ignorait pas que la recourante avait contesté la décision négative de la CPAM et qu'elle était en train d'effectuer les démarches nécessaires à cette affiliation lui permettant ensuite d'obtenir de la CPAM l'apposition du timbre nécessaire sur le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* », seul élément manquant à sa demande d'exemption de l'assurance-maladie suisse. La recourante étant au demeurant toujours assurée auprès de B._____, aucun motif ne justifiait que l'autorité inférieure refuse à l'assurée son exemption de l'assurance-maladie suisse avant que les autorités françaises ne se soient prononcées sur son affiliation à la sécurité sociale française. Dans ces circonstances, l'autorité inférieure a rejeté une demande d'exemption alors même que la recourante avait clairement indiqué qu'elle souhaitait faire valoir son droit d'option et qu'elle était en train d'obtenir son affiliation à la sécurité sociale française lui permettant ensuite de produire le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment tamponné, ce qu'elle a du reste effectué le 11 janvier 2019 après que la Commission de Recours Amiable française et la CPAM ont admis son affiliation à la sécurité sociale française. Ce faisant, l'autorité inférieure a refusé l'exemption de l'assurée à l'assurance-maladie suisse en violation du droit fédéral (cf. consid. 5.3.2 *supra*). Partant, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et d'exempter la recourante de son obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse à compter du 24 novembre 2017 conformément à la conclusion concordante du 4 mars 2021 de l'autorité inférieure.

6.

Selon l'art. 61 al.1 PA, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou exceptionnellement la renvoie avec des instructions impératives à l'autorité inférieure. En particulier, le Tribunal statue lui-même lorsque le dossier est complet ou autrement suffisant pour statuer sur l'application du droit fédéral (cf. arrêts du TF 9C_531/2019 consid. 6.3 et du TAF C-5183/2019 consid. 9.1 et les réf. cit.). En l'occurrence, tel est le cas, de sorte qu'il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'autorité inférieure.

7.

7.1 La procédure est gratuite (art. 18 al. 8 LAMal en relation avec l'art. 85^{bis} al. 2 LAVS dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020), de sorte qu'aucun frais ne sera prélevé.

7.2 Le Tribunal peut allouer à la partie qui a entièrement ou partiellement obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]). En l'espèce, la recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il n'y a pas lieu de lui allouer une indemnité à titre de dépens. L'autorité inférieure n'a quant à elle pas droit à des dépens (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure sur la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis.

2.

La décision du 6 juillet 2018 de l'Institution commune LAMal est annulée. La recourante est exemptée de son obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse à compter du 24 novembre 2017.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé à la recourante, à l'autorité inférieure et à l'OFSP.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Gehring

Adrien Renaud

Indication des voies de droit :

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 LTF). Ce délai est réputé observé si les mémoires sont remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :