



Cour III
C-4364/2021

Arrêt du 17 mars 2025

Composition

Caroline Gehring (présidente du collège),
Beat Weber, Caroline Bissegger, juges,
Cécile Bonmarin, greffière.

Parties

A. _____, (France),
recourant,

contre

Institution commune LAMal,
Industriestrasse 78, 4600 Olten,
autorité inférieure,

Objet

Assurance-maladie obligatoire (décision sur opposition du 18 août 2021).

Faits :

A.

A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est un ressortissant suisse né le (...) 1943, divorcé, au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (ci-après : AVS) depuis le mois de mai 2009 (cf. dossier de l'Institution commune LAMal [ci-après : IC LAMal], annexe 3 ; TAF pce 3).

B.

B.a Après avoir annoncé son départ de Suisse au 31 décembre 2016 pour s'établir en France, il s'est adressé en 2017 à B._____ – compagnie d'assurance française auprès de laquelle sa compagne était affiliée – laquelle lui a délivré le 27 juin 2017 une attestation d'affiliation avec code gestion « A2 AMEX » (IC LAMal annexe 7 pce 1 ; TAF pce 1 annexe 3), avant de lui communiquer, en juin 2019, qu'elle ne pouvait pas l'assurer et de l'inviter à s'adresser au système général d'assurance-maladie français (TAF pce 1). Ce faisant, A._____ s'est adressé à la Caisse primaire d'assurance-maladie du (...) (ci-après : CPAM), laquelle lui a indiqué dans un courrier du 28 janvier 2020 qu'il bénéficiait de la prise en charge des dépenses de santé par la Sécurité sociale française grâce au formulaire E 121 délivré par la caisse d'assurance-maladie suisse et lui a transmis une « *Attestation de droits à l'assurance-maladie* » avec les mentions « *code gestion 70* » et « *Hospitalisation et soins externes hors budget global* » valable du 28 janvier 2020 au 27 janvier 2021, respectivement du 25 mai 2020 au 24 mai 2021 (IC LAMal annexe 7 pces 5-6 ; TAF pce 1 annexe 7) avant de lui remettre une « *carte Vitale* » émise le 19 juin 2020 (IC LAMal annexe 1).

B.b Le 13 juillet 2020, A._____ a demandé la résiliation de son contrat d'assurance-maladie suisse auprès de C._____ (IC LAMal annexe 3). Celle-ci lui a répondu le 10 août 2020 que, dans le cadre des accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'Union Européenne, le lieu d'assujettissement à l'assurance-maladie sociale n'était pas déterminé par le domicile de l'assuré mais par la provenance de son revenu ; qu'en sa qualité de rentier d'une pension de l'assurance-vieillesse et survivants suisse, il relevait de l'obligation d'assurance en Suisse ; qu'un « droit d'option » avait été prévu avec son pays de résidence [la France] lui permettant de s'affilier au système de sécurité sociale de ce dernier ; que l'exercice de ce « droit d'option » revêtait un caractère définitif et irrévocable, sous réserve d'une modification de sa situation personnelle ; qu'afin de faire usage de son

« droit d'option » et de permettre à C._____ d'enregistrer la résiliation de son assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS), la demande d'exemption à l'assurance-maladie suisse jointe en annexe devait être adressée à l'Institution commune LAMal (ci-après : Institution commune LAMal ou autorité inférieure), ainsi que le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » également joint en annexe et accompagné d'une preuve de son affiliation en France ; que la résiliation deviendrait effective dès réception de l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse délivrée par l'Institution commune LAMal (IC LAMal annexe 1).

B.c Le 31 août 2020, A._____ a déposé une demande formelle d'affiliation au régime général de l'Assurance-maladie française (TAF pces 20, annexe 1 et 21).

B.d Par envoi posté le 8 septembre 2020 et reçu le 10 septembre 2020 (IC LAMal annexe 1), il a en outre saisi l'Institution commune LAMal d'une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentier suisse domicilié en France à laquelle il a joint la documentation suivante :

- une attestation de droits à l'assurance-maladie française établie le 28 mai 2020 par la CPAM,
- une copie de sa « *carte Vitale* »,
- le courrier précité du 10 août 2020 de C._____ (cf. *supra* lettre B.b),
- un courrier daté du 4 septembre 2020 aux termes duquel il demande à la CPAM de lui retourner le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » en vue de résilier auprès de C._____, son contrat d'assurance obligatoire des soins suisse.

B.d.a Aux termes de courriers des 11 septembre 2020, 12 octobre 2020 et 16 novembre 2020, l'Institution commune LAMal a invité l'assuré à produire :

- le formulaire « *Demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentier/rentière suisse domicilié(e) en France* »,
- une déclaration de changement de domicile de la commune de résidence en Suisse,

- une attestation ou décision de rente,
- le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » (IC annexe 2).

B.d.b Le 2 novembre 2020, A._____ a transmis à l'Institution commune LAMal tous les documents demandés (cf. *supra* lettre B.d.a), à l'exception du formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* », expliquant avoir transmis celui-ci à la CPAM par courrier du 4 septembre 2020 et ne l'avoir toujours pas reçu en retour malgré ses appels répétés (IC LAMal annexe 3).

B.d.c Les 24 novembre 2020, 5 janvier 2021, 16 février 2021 et 19 mars 2021, l'Institution commune LAMal a requis l'assuré de produire le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment signé et timbré par la CPAM, précisant dans les deux derniers rappels qu'à défaut de se conformer à l'obligation de produire ledit formulaire dans le délai imparti – en dernier lieu au 18 avril 2021 –, la demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse serait considérée comme incomplète et l'assuré resterait assuré à l'assurance obligatoire des soins suisse (IC LAMal annexes 4-5).

B.d.d Statuant par décision sur opposition du 18 août 2021 notifiée le 30 août 2021, l'Institution commune LAMal a rejeté l'opposition d'A._____ et confirmé sa décision du 21 juin 2021 aux termes de laquelle elle rejetait la demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse, pour le motif que le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment visé par la CPAM n'avait pas été joint à la demande d'exemption de sorte que celle-ci était incomplète. En particulier, l'Institution commune LAMal a considéré que la procédure encadrant l'exercice du « droit d'option » en matière d'assurance-maladie avec la France prévoyait la production obligatoire du formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment visé par la CPAM; que les raisons pour lesquelles cette dernière n'avait en l'occurrence pas retourné ce formulaire dûment visé à l'assuré étaient sans importance, dès lors que cette omission relevait d'un processus interne à la CPAM qui n'entrait pas en considération dans l'examen d'une demande d'exemption à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse; que les attestations de la CPAM des 28 janvier 2020 et 28 mai 2020 avaient été émises sous le « *code gestion 70* », lequel ne faisait pas référence à un régime d'assurance-maladie indépendant obligatoire français, mais à un enregistrement à l'entraide en matière de prestations médicales conformément aux conventions internationales; que l'assureur suisse – C._____ – avait délivré un formulaire E121/S1 qui avait permis

à l'assuré d'être enregistré en France pour l'aide aux prestations médicales, l'établissement dudit formulaire E121/S1 excluant automatiquement une assurance auprès de la sécurité sociale française ; que l'assuré ne pouvait dès lors se fonder sur ces attestations d'affiliation des 28 janvier 2020 et 28 mai 2020 pour prouver son éventuelle affiliation auprès de la CPAM ; que les intérêts pratiques et économiques invoqués par l'assuré d'être affilié en France n'étaient pas recevables dans l'examen d'une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse ; que les conditions d'exemption au système d'assurance-maladie obligatoire suisse n'étaient par conséquent pas remplies (IC LAMal annexes 6-8 ; TAF pce 3, annexe 9).

C.

C.a Par écriture du 27 septembre 2021 (TAF pce 1), A._____ recourt auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal ou TAF) contre la décision sur opposition du 18 août 2021 dont il requiert, avec suite de frais et dépens, l'annulation, contestant n'avoir pas exercé son « *droit d'option* » dans le délai de 3 mois suivant sa prise de domicile en France et reprochant à la CPAM, à B._____ ainsi qu'à l'Institution commune LAMal de ne pas l'avoir dûment informé des formalités encadrant le changement international d'assurance-maladie. En particulier, il réfute être domicilié en France depuis le 31 décembre 2016 et soutient avoir entrepris les démarches nécessaires à son exemption de l'assurance-maladie suisse dès le mois de mai 2017. En vue de son déménagement, il avait en effet contacté à cette date B._____ – auprès de laquelle sa compagne était affiliée – laquelle lui avait délivré le 27 juin 2017 une attestation d'affiliation avant de conclure avec lui une assurance complémentaire, le 12 juillet 2017. En juin 2018, alors qu'il était en suivi médical et que la carte de son assureur-maladie suisse « *n'avait pas été reconnue* », il avait demandé la délivrance d'une « *carte Vitale* » à B._____ qui lui avait indiqué en novembre 2018 et mars 2019 que les démarches en ce sens étaient en cours et qu'elles pouvaient être longues. En juin 2019, B._____ lui avait indiqué qu'elle ne pouvait pas l'assurer et qu'il devait prendre contact avec un autre organisme ou le régime général de la sécurité sociale française. Lors du rendez-vous qui s'en était suivi avec la CPAM de (...) en juillet 2019, son interlocutrice n'avait à aucun moment évoqué le délai de 3 mois, ni le formulaire « *Choix du système d'assurance* ». Après l'obtention d'une attestation d'affiliation au régime d'assurance-maladie et d'une « *carte Vitale* » de la part de la CPAM, il avait adressé, le 13 juillet 2020, sa lettre de résiliation à son assureur suisse (C._____) qui lui avait communiqué, le 10 août 2020, les démarches à suivre afin de résilier son contrat

d'assurance-maladie obligatoire en Suisse, lesquelles incluaient notamment le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » qu'il devait retourner après l'avoir fait viser par la CPAM. Le 4 septembre 2020, il avait transmis ledit document à la CPAM, laquelle avait refusé par décision du 16 septembre 2020 de signer le document E121/S1 [recte : « *Choix du système d'assurance-maladie* »], après quoi il avait interjeté recours auprès de la Commission de recours amiable CPAM le 20 septembre 2020. Sur demande du 12 octobre 2020 de l'Institution commune LAMal, il lui avait envoyé le 2 novembre 2020 sa demande d'exemption de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie en Suisse. Les 16 novembre 2020 et 19 mars 2021, l'Institution commune LAMal lui avait réclamé le retour du formulaire E121/S1 [recte : du formulaire « *choix du système d'assurance-maladie* »]. Le 25 juin 2021, la Commission de recours amiable CPAM avait rejeté son recours contre la décision du 16 septembre 2020, de sorte qu'il avait saisi le Tribunal judiciaire de (...) le 16 août 2021, puis la Cour d'appel de (...) le 27 septembre 2021 (TAF pce 1 et annexes).

C.b Le 1^{er} novembre 2021, le recourant s'est acquitté – dans le délai qui lui avait été imparti – du paiement de l'avance sur les frais de procédure présumés d'un montant de CHF 400.– qui lui avait été réclamée par décision incidente du 20 octobre 2021 (TAF pces 4-5).

C.c Aux termes d'une écriture responsive du 2 décembre 2021, l'autorité inférieure conclut au rejet du recours, avec suite de frais et indemnités éventuels. En bref et pour l'essentiel, elle oppose au recourant d'avoir quitté la Suisse le 31 décembre 2016 et de n'en avoir informé son assurance-maladie suisse que le 13 juillet 2020, raison pour laquelle il n'avait été informé par celle-ci de son « droit d'option » que par courrier du 10 août 2020. Ce n'était que par courrier du 6 septembre 2020 que le recourant avait contacté l'Institution commune LAMal pour la première fois. Aussi l'assuré avait-il été informé de la procédure à suivre pour faire valoir son « droit d'option » par l'assurance-maladie et l'Institution commune LAMal, dès réception par celles-ci des informations nécessaires. Par ailleurs, le formulaire E121/S1 évoqué par le recourant – lequel relevait de l'entraide internationale en matière d'assurance-maladie – n'avait jamais été réclamé par l'Institution commune LAMal. L'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse supposait impérativement de produire le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment visé par la CPAM, une exemption sur la base de l'attestation d'affiliation auprès de B. _____ n'étant pas possible. En l'occurrence, le recourant n'avait pas pu présenter le formulaire idoine « *Choix du système d'assurance-maladie* » pour faire valoir son « droit d'option », les raisons pour lesquelles la CPAM n'avait pas signé

ledit document n'étant pas déterminantes. De plus, le recourant n'était pas affilié à l'assurance-maladie française, de sorte que c'était à juste titre que l'Institution commune LAMal avait refusé de délivrer l'exemption requise, le recourant restant dans ces circonstances soumis obligatoirement à l'assurance-maladie en Suisse (TAF pce 7).

C.d Le recourant, qui réplique par écriture datée du 6 février 2022, maintient ses conclusions initiales tendant à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et à son exemption de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse. Pour l'essentiel, il critique le système de coordination interétatique mis en place ainsi qu'une application formaliste et aveugle de la loi par l'Institution commune LAMal qu'il considère comme constitutive d'inégalité de traitement entre ressortissants européens. Pour le reste, il revient sur le défaut d'information qu'il reproche à B._____, à la CPAM ainsi que – s'agissant en particulier du formulaire E121/S1 [recte : du formulaire « *choix du système d'assurance-maladie* »] – à l'Institution commune LAMal, de même que sur sa prise de domicile en France qu'il considère établie au mois d'avril 2018 par les pièces au dossier. Enfin, il rappelle s'être inscrit auprès de B._____ en mai 2017, puis de la CPAM en juillet 2019 et considère ne pas avoir à subir les inconvénients résultant du fait que la CPAM ne lui a signifié son affiliation que le 28 mai 2020, de sorte que le prétendu non-respect du délai de 3 mois ne saurait lui être opposé (TAF pce 13).

C.e L'Institution commune LAMal duplique le 21 mars 2022, rappelant qu'elle ne saurait tenir compte d'une souscription par le recourant à une assurance complémentaire en France et que la production du formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment complété par la CPAM est obligatoire afin d'obtenir l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Elle ajoute par ailleurs que la Confédération accorde une réduction des primes d'assurance-maladie aux assurés de condition économique modeste qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, de sorte que la situation financière n'est pas décisive s'agissant de statuer sur une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie suisse. Pour le surplus, l'autorité inférieure se réfère aux motivations et conclusions de sa réponse (TAF pce 15).

C.f Par ordonnance du 29 mars 2022, le Tribunal a transmis la duplique au recourant et a clos l'échange d'écritures, sous réserves d'autres mesures d'instruction complémentaire (TAF pce 16).

C.g Sur requête du Tribunal (cf. ordonnance du 1^{er} novembre 2024 [TAF pce 18]), le recourant a produit le jugement du 15 septembre 2022 du Tribunal judiciaire de (...) le déboutant et confirmant la décision de la Commission de recours amiable de la CPAM du 25 juin 2021 (TAF pce 20). Le 24 janvier 2025, il a transmis au Tribunal l'arrêt du 19 décembre 2024 de la Cour d'appel de (...) confirmant le jugement du 15 septembre 2022 du Tribunal judiciaire de (...) et a requis la Cour de céans de l'exempter de l'obligation de s'assurer contre le risque de maladie en Suisse (TAF pce 21).

D.

Les autres faits et arguments pertinents de la cause seront reproduits, si besoin est, dans les considérants en droit qui suivent.

Droit :

1.

1.1 Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) et sous réserve d'exceptions légales – non remplies en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. L'art. 33 let. h LTAF indique en particulier que le recours est recevable contre les décisions des autorités ou organisations extérieures à l'administration fédérale, pour autant qu'elles statuent dans l'accomplissement de tâches de droit public que la Confédération leur a confiées. L'art. 90a al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) prévoit que le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions et les décisions sur opposition de l'Institution commune LAMal prises en application de l'art. 18 al. 2^{bis}, 2^{ter} et 2^{quinquies} LAMal, incluant notamment les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Au vu de ce qui précède, le Tribunal est compétent pour entrer en matière sur le présent recours.

1.2 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi

sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal ou la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) ne dérogent expressément à la LPGA (cf. art. 1 al. 1 LAMal), ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. art. 1 al. 2 LAMal).

1.3 Interjeté en temps utile (art. 50 PA et art. 60 LPGA) dans les formes légales (art. 52 ss PA) par un administré directement touché par la décision sur opposition attaquée (art. 48 PA et art. 59 LPGA), le recours du 27 septembre 2021 est recevable (cf. art. 18 al. 8 LAMal en relation avec les art. 85^{bis} al. 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10] et 61 let. a LPGA), l'avance de frais ayant été acquittée en temps utile (cf. art. 64 al. 3 PA ; cf. *supra* lettre C.b).

2.

La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, le Tribunal administratif fédéral définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; MOOR/POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, il ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Par ailleurs, il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA ; ATAF 2013/46 consid. 3.2), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (MOOR/POLTIER, op. cit., ch. 2.2.6.5 ; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2^e éd. 2015, p. 243).

3.

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 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Par ailleurs, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b ; arrêt du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

4.

Circonscrit par la décision sur opposition du 18 août 2021 et les conclusions du recours, le litige porte sur l'affiliation du recourant à l'assurance obligatoire des soins en Suisse, respectivement sur le point de savoir si l'autorité inférieure était fondée à lui refuser d'en être exempté.

4.1 Dans la mesure où la décision sur opposition attaquée a pour objet de soumettre à l'assurance obligatoire des soins en Suisse un ressortissant suisse domicilié en France, la cause présente un élément d'extranéité. Est dès lors applicable à la présente cause l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). 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 (ci-après : Règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), ainsi qu'au 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 (ci-après : Règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'Annexe II en relation avec la section A de l'Annexe II). 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).

4.2 Le Titre II du Règlement n° 883/2004 détermine la législation nationale applicable. En matière de sécurité sociale, l'art. 11 par. 1 du Règlement n° 883/2004 consacre le principe de l'unicité de la législation applicable, selon lequel les personnes auxquelles le Règlement n° 883/2004 s'applique ne sont soumises à la législation que d'un seul Etat membre, laquelle est définie par les art. 11 ss du Règlement n° 883/2004 (ATF 135 V 339, consid. 4). L'art. 11 par. 3 let. e du Règlement n° 883/2004 prescrit en particulier que les personnes sont en principe soumises à la législation de l'Etat membre de résidence.

4.2.1 Ce principe peut être assorti d'exceptions. 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 ainsi 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, 3e éd. 2016, p. 443 s. n° 116; cf. ATF 146 V 290 consid. 3.3.2 ; cf. TF 9C_263/2021 consid. 5.2.1, 5.1.3 et les réf. cit).

4.2.2 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. 4.2.2.2 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. 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).

4.2.3 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 n° 883/2004 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 prise de domicile à l'étranger ; 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).

4.2.4 Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du « *droit d'option* » instauré par la réglementation européenne. Aux termes de l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) 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 (voir également ATF 147 V 402 consid. 4.3 ; cf. également ATF 147 V 387 et 142 V 192). Le « *droit d'option* » doit être exercé dans un délai de trois mois à compter du départ à l'étranger par le biais d'une requête formelle ; il ne peut pas être exercé de manière tacite ou par acte concluant (TF 9C_801/2014 du 10 mars 2015 consid. 3.3). Si le « *droit d'option* » n'a pas été exercé vis-à-vis de l'Etat de résidence dans le délai de trois mois, il ne peut en principe pas être exercé ultérieurement (ATF 136 V 295 consid. 2.3.4).

4.2.5 Si le « *droit d'option* » ne peut en principe pas être exercé au-delà du délai de 3 mois suivant le départ à l'étranger, l'Annexe XI du Règlement n° 883/2004 prévoit néanmoins que dans certains « *cas justifiés* », le « *droit d'option* » puisse être exercé au-delà du délai de 3 mois, s'écartant d'une application stricte du délai. La notion de « *cas justifiés* » confère une large marge d'interprétation aux autorités administratives et judiciaires (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'échéance du délai de trois mois (ATF 136 V 295 consid. 5.8-5.10 ; cf. également TF 9C_1040/2009 du 7 décembre 2010 et TAF C-5183/2019 du 8 novembre 2021 consid. 8.3.2), l'assuré devant être informé de l'existence du « *droit d'option* » et des modalités de l'exercer (cf. 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, il importe qu'il puisse rapidement choisir le régime d'assurance-maladie auquel il entend 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 TF 9C_531/2019 consid. 6.2 et du TAF C-5359/2017 consid. 7.4).

4.2.6 Selon la « *Note conjointe du 23 mai 2014 relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne* », le « *droit d'option* » ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès de l'assurance-maladie française, mais comme une possibilité de ne pas s'affilier auprès d'un assureur suisse lorsque tous les réquisits légaux sont remplis. Tant qu'une personne n'est pas affiliée auprès d'une institution française, elle reste obligatoirement assurée en Suisse (cf. Introduction, p. 2). Le « *droit d'option* » pour l'assurance-maladie en France reste l'exception (cf. ch. 2.2, p. 3). Ainsi, les personnes qui souhaitent opter pour l'assurance-maladie en France doivent s'affilier en s'inscrivant auprès de la CPAM de leur lieu de résidence. L'exemption de l'assurance-maladie suisse d'un pensionné résidant en France est conditionnée à la production du formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie applicable* » attestant que l'intéressé est effectivement affilié en France à l'assurance-maladie obligatoire (cf. ch. 2.2., p. 3). Ce n'est qu'une fois valablement affiliés en France, que les bénéficiaires de rentes suisses (pensionnés ou invalides) peuvent déposer une demande d'exemption à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'Institution commune LAMal dans le délai de 3 mois à compter de la domiciliation en France (cf. ch. 2.2 et 2.2.2 pp. 3 et 4). En l'absence de ce formulaire dûment rempli et visé, l'exemption à une couverture d'assurance-maladie suisse n'est pas possible (cf. ch. 2.2., p. 3). De plus, le « *droit d'option* » ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur, tel notamment la reprise d'une activité en Suisse, ne survienne (cf. Introduction, p. 1).

4.2.7 En résumé, l'obligation d'être assuré contre le risque de maladie consacre un principe cardinal du droit de la santé publique, raison pour laquelle les législations européenne et suisse ont mis en œuvre des règles de coordination en matière de sécurité sociale (*supra* consid. 4.2). En clair, la règle est qu'un assuré vivant dans un Etat de l'Union européenne et recevant des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) suisse reste affilié à l'assurance-maladie en Suisse. Il peut demander à en être exempté s'il prouve qu'il est assuré contre le risque de maladie dans son état de

résidence (art. 2 al. 6 OLAMal). Ce « *droit d'option* » prévu par le Règlement n° 883/2004, aménagé à l'Annexe IX de celui-ci et concrétisé dans l'OLAMal constitue une dérogation à la règle de base. Aussi, comme dans tout régime d'exception, des conditions strictes sont-elles imposées à celui qui demande à en bénéficier (cf. *supra* consid. 4.2.4). Dès lors, aucune exemption au régime ordinaire d'assurance-maladie ne sera accordée à l'assuré qui n'apporte pas la preuve de son affiliation au régime d'assurance-maladie de son état de résidence, cela afin de pallier le risque qu'il se trouve dépourvu d'affiliation à un régime d'assurance-maladie respectivement d'une couverture d'assurance-maladie.

5.

5.1 En l'espèce, le recourant est un ressortissant suisse résidant en France et percevant exclusivement une rente de vieillesse servie par l'assurance-vieillesse suisse (IC LAMal annexe 3). S'il résidait en Suisse, il aurait droit à des prestations en nature de l'assurance-maladie suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal ; voir également notamment les art. 24 ss et 34 LAMal). Malgré son domicile français, le recourant reste par conséquent assujetti, en principe, à l'assurance-maladie obligatoire suisse en application de l'art. 24 par. 1 et par. 2 let. a du règlement n° 883/2004, à moins qu'il ne réunisse les conditions d'exemption susmentionnées.

5.2 Par décision sur opposition du 18 août 2021, l'Institution commune LAMal considère que tel n'est pas le cas pour le motif que le délai de 3 mois suivant la domiciliation du recourant en France pour déposer une demande d'exemption à l'assurance obligatoire des soins en Suisse n'aurait pas été respecté.

5.2.1 Dans un premier grief, le recourant conteste avoir pris domicile en France le 31 décembre 2016 comme retenu par l'autorité inférieure. Se prévalant d'un certificat de résidence établi le 24 mai 2018 par la Maire (...), il soutient y avoir séjourné en résidence secondaire depuis 2010 et n'y avoir élu domicile qu'en 2018 (TAF pce 1 annexe 2). Aux termes du certificat de résidence du 24 mai 2018, la Maire de (...) atteste que « *Mr A. _____, né le (...) 1943 à Casablanca (Maroc) vit au lieu-dit « (...) » à (...) »*. Contrairement à l'avis du recourant, le certificat dont il se prévaut n'établit pas qu'il aurait pris domicile en France en avril 2018, mais seulement qu'en avril 2018, il vivait bien à (...). Par contre, l'attestation du 24 janvier 2019 du Bureau du Contrôle des habitants de la commune de (...) dans le canton de Vaud indique que le recourant s'est installé à (...) le 10 mars 1991 et qu'il s'en est allé le 31 décembre 2016 pour s'établir chez

Mme D._____ – compagne du recourant – à (...) (France). Dans ces circonstances, le Tribunal retient, à l'instar de l'autorité inférieure, que le recourant a pris domicile en France dès le 1^{er} janvier 2017, de sorte qu'il avait jusqu'au 1^{er} avril 2017 pour exercer son « *droit d'option* ».

5.2.2 Aux termes d'un second grief, le recourant conteste n'avoir pas exercé son « *droit d'option* » dans le délai de 3 mois suivant sa domiciliation en France, dès lors qu'il a entrepris dès le mois de mai 2017, les démarches nécessaires à cet effet auprès de B._____ qui lui a délivré le 27 juin 2017 une attestation avec mention du code gestion « *A2 AMEX* », puis auprès de la CPAM, laquelle lui a délivré une attestation de droits à l'assurance-maladie « *code gestion 70* » en janvier 2020 ainsi qu'une « *carte Vitale* » en mai 2020. Il reproche à ces dernières ainsi qu'à l'Institution commune LAMal de ne pas l'avoir dûment informé de son « *droit d'option* » et des modalités encadrant l'exercice de celui-ci. En outre, il invoque la lenteur administrative de la CPAM et la situation de COVID-19 à l'automne 2020. Il soutient également être victime du système avec, d'une part, la CPAM prétendant que le « *droit d'option* » n'a pas été exercé à temps et qu'il doit rester affilié en Suisse (cf. *supra* C.a et C.d) et, d'autre part, les autorités suisses lui demandant de fournir dans le délai de 3 mois le document E121/S1 [recte : « *Choix du système d'assurance-maladie* »] signé et complété par la CPAM (cf. *supra* B.d.a, B.d.c) laquelle le lui refuse précisément. Aussi convient-il d'examiner si c'est, ou non, à juste titre que l'autorité inférieure a considéré que le délai de 3 mois échéant le 31 mars 2017 pour le dépôt de la demande d'exemption litigieuse n'aurait pas été préservé et, le cas échéant, si le recourant pourrait être mis au bénéfice d'un « *cas justifié* » (cf. *supra* 4.2.5) le légitimant à exercer son « *droit d'option* » au-delà du délai de 3 mois suivant sa prise de domicile en France le 1^{er} janvier 2017.

5.2.2.1 Dans ses écritures de recours, le recourant fait mention à répétition de reprises des formulaires S1 ou/et E121, reprochant à C._____ de lui avoir remis ce formulaire à faire viser par la CPAM. Ce faisant, il se méprend sur la portée de ce formulaire, qu'il confond de surcroît avec le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie applicable* ». En effet, le formulaire S1 – remplaçant les documents E106, E109 et E121 [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-im-ausland/kostenbeteiligung/kostenbeteiligung-versicherte-ch.html] – permet à un assuré (ainsi qu'aux membres de sa famille) de s'inscrire auprès des organismes de santé du pays de l'Union européenne – y compris l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse (cf. règlements n°883/2004 et 987/2009) –

dans lequel il vit alors qu'il est assuré dans un autre pays. Ce formulaire ne permet pas à l'assuré de choisir le système d'assurance auquel il souhaite être rattaché mais uniquement de bénéficier de toutes les prestations en nature (tels que les soins de santé, un traitement médical, une hospitalisation) prévues par la législation de son pays de résidence, au même titre qu'un assuré social de ce pays. L'organisme du pays de résidence est alors remboursé par l'organisme dont l'assuré dépend (cf. fiche d'information relative au formulaire S1 rédigée par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale [ci-après : Cleiss] et disponible sur www.cleiss.fr/reglements/s1.html). Tant dans le courrier du 10 août 2020 de C. _____ que dans les mémoires de réponse et duplicata de l'Institution commune LAMal, il a toujours été fait état du formulaire « *choix du système d'assurance-maladie* » qui détermine le rattachement au système d'assurance-maladie du pays de résidence et permet une exemption de l'obligation d'assurance en Suisse, et non pas du formulaire S1 qui facilite la prise en charge des frais médicaux dans le pays de résidence par l'assureur suisse en l'occurrence. Partant, le recourant se méprend lorsqu'il soutient que l'Institution commune LAMal lui aurait demandé de produire le document S1 visé par la CPAM et lorsqu'il reproche à C. _____, respectivement à l'Institution commune LAMal, d'avoir intentionnellement utilisé ce formulaire afin de lui ôter tout choix du système de santé par la suite. De plus, au moment où C. _____ a signé le formulaire S1 (cf. courrier du 28 janvier 2020 de la CPAM [cf. supra lettre B.a]), il n'avait pas encore été informé du départ du recourant pour la France ni du souhait de ce dernier de ne plus être affilié au système de santé suisse – puisqu'il n'en a été informé que par courrier du 13 juillet 2020 (cf. supra lettre B.b) –, de sorte qu'il ne saurait lui être reproché d'avoir approuvé, via le formulaire S1, la prise en charge des frais médicaux français engagés par l'assuré comme l'assureur suisse en avait l'obligation.

5.2.2.2 S'agissant des démarches d'exemption à l'AOS que l'assuré prétend avoir entreprises à partir de mai 2017 (cf. supra consid. 5.2.2), il apparaît d'emblée qu'elles l'ont été tardivement, le délai de 3 mois pour ce faire dès la prise de domicile en France au 1^{er} janvier 2017 (cf. supra consid. 5.2.2.1) ayant expiré le 31 mars 2017.

5.2.2.3 En outre, le devoir d'information relatif au « *droit d'option* » et aux modalités d'exercice de celui-ci incombe aux assureurs et aux cantons suisses (cf. supra consid. 4.2.5) et non pas aux assureurs français. Il n'appartenait par conséquent pas aux assureurs français auprès desquels le recourant souhaitait s'assurer contre le risque de maladie de l'informer des modalités de résiliation de son contrat d'assurance-maladie en Suisse. Si

les démarches engagées par l'assuré auprès de B. _____ en mai 2017, puis dès 2019 auprès de la CPAM en vue de son affiliation à la sécurité sociale française étaient légitimes, celles-là ne le dispensaient aucunement de s'adresser simultanément à son assureur suisse – C. _____ – afin de s'assurer des conditions de résiliation de son contrat d'assurance en Suisse. Attendu qu'il appartient à tout un chacun de s'inquiéter de la résiliation de ses contrats lorsque l'on quitte un pays, le recourant aurait dû s'enquérir en premier lieu ou, à tout le moins, simultanément avec ses démarches en France, auprès de C. _____ des modalités de résiliation en vue de son départ de Suisse pour la France, ce qu'il n'a fait qu'en adressant sa lettre de résiliation à C. _____ en date du 13 juillet 2020, soit plus de 3 ans après son départ effectif de Suisse. L'on ne voit dès lors pas comment l'assureur-maladie suisse aurait pu enfreindre son devoir d'informer l'assuré sur son « *droit d'option* » aussi longtemps que celui-ci ne lui avait pas même communiqué son départ en France ni son intention de résilier son contrat d'assurance-maladie suisse en faveur d'une affiliation au système d'assurance-maladie français. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait rien déduire en sa faveur de la « *carte Vitale* » et des attestations de droits à l'assurance-maladie des 27 juin 2017, 28 janvier 2020 et du 25 mai 2020 que lui ont délivrées B. _____ et la CPAM, pour soutenir qu'il aurait été induit en erreur par les documents reçus des assureurs français qu'il aurait par conséquent agi tardivement le 3 juillet 2020 et pour opposer ainsi aux autorités compétentes suisses une prétendue violation de leur devoir d'information (cf. *supra* B.a). Au demeurant, force est de constater que celles-ci ont respecté leur devoir d'information, C. _____ ayant répondu par correspondance du 10 août 2020 au courrier de résiliation du 13 juillet 2020 de l'assuré, lui communiquant ainsi les formalités de résiliation de son contrat d'assurance-maladie suisse et celles encadrant l'exercice du « *droit d'option* » tel que prévu par les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'Union Européennes. Partant, le recourant ne peut se prévaloir ni de ses démarches entamées dès 2017 auprès de B. _____, puis de la CPAM, ni d'un défaut d'information prétendument opposable ces dernières, de sorte qu'il ne peut être mis au bénéfice d'un « *cas justifié* », ses propres démarches pour informer C. _____ et résilier son contrat d'assurance-maladie suisse ayant été entreprises tardivement.

5.2.2.4 Cela étant, en saisissant l'Institution commune LAMal d'une « *Demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentier/rentière suisse domicilié(e) en France* » par envoi posté le 8 septembre 2020, le recourant n'a pas respecté le délai de 3 mois échéant le 31 mars 2017. Pour sa part, en refusant par décision sur opposition du 18 août 2021 l'exemption à l'AOS de l'assuré, l'Institution

commune LAMal ne s'est pas montrée excessivement formaliste. En effet, elle a patienté jusqu'au 21 juin 2021 avant de notifier sa décision initiale de refus d'exemption à l'AOS. Elle a rappelé à l'assuré, à trois reprises durant l'automne 2020, la nécessité de fournir le formulaire « *Choix du système d'assurance-maladie* » dûment visé par la CPAM, puis en janvier, février et mars 2021, le risque de voir son « *droit d'option* » s'éteindre – et le maintien de son obligation d'assurance en Suisse – s'il ne produisait pas ledit formulaire dûment rempli. Aussi, la décision sur opposition litigieuse n'est-elle entachée d'aucun formalisme excessif.

5.2.2.5 En conclusion, le recourant a exercé tardivement son « *droit d'option* » en faveur du système d'assurance-maladie français en saisissant l'Institution commune LAMal d'une demande d'exemption à l'AOS par acte du 6 septembre 2020, soit bien au-delà du délai de 3 mois suivant la prise de domicile – en France le 1^{er} janvier 2017 – prévu par la législation applicable. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé.

6. Il reste à statuer sur les frais et dépens.

6.1 La procédure n'est pas gratuite dès lors qu'elle ne porte pas directement sur des prestations mais sur l'obligation d'affiliation au système d'assurance-maladie suisse (art. 18 al. 8 LAMal en relation avec l'art. 85^{bis} al. 2, 2^{ème} phrase, LAVS). Le recourant, qui succombe, doit par conséquent s'acquitter des frais de justice fixés à CHF 400.- compte tenu de la charge liée à la procédure (art. 63 al. 1 PA). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont il s'est acquitté au cours de l'instruction.

6.2 Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens, ni au recourant (art. 64 al. 1 PA, art. 7 al. 1 et 4 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]), ni à l'autorité inférieure (art. 7 al. 3 FITAF).

(Le dispositif figure sur la page suivante.)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge du recourant. Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant déjà versée.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé au recourant, à l'autorité inférieure et à l'OFSP.

(L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.)

La présidente du collège :

La greffière :

Caroline Gehring

Cécile Bonmarin

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 :