

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2018

---

Composition : Mme PASCHE, juge unique  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.A.** \_\_\_\_\_, en France, recourant, agissant par ses parents B.A. \_\_\_\_\_ et C.A. \_\_\_\_\_, eux-mêmes représentés par Me Martin Ahlström, avocat à Genève,

et

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 2 al. 6 OAMal**

**E n f a i t :**

**A.** B.A.\_\_\_\_\_, domicilié en France et travaillant à [...], était titulaire d'un permis G de frontalier depuis le 4 octobre 2011. Il était assuré pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie en Suisse, selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Le 28 octobre 2011, il a exercé son droit d'option, en choisissant une assurance-maladie française, O.\_\_\_\_\_ (cf. courriel du 2 septembre 2014 du Service de l'assurance-maladie du canton de Genève [ci-après : le SAM]).

Le 17 décembre 2012, B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) a adressé à B.A.\_\_\_\_\_ un formulaire d'adhésion pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie selon la LAMal pour son enfant à naître (prénommé « baby »), déjà complété, avec un début d'assurance au 1<sup>er</sup> février 2013 et une prime mensuelle de 100 francs (cf. courrier du 21 août 2018 de B.\_\_\_\_\_).

Le 28 janvier 2013 est né A.A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant). Comme son père et sa mère, C.A.\_\_\_\_\_, il était assuré auprès d'O.\_\_\_\_\_.

Le 26 juillet 2013, B.A.\_\_\_\_\_ a complété et signé la déclaration d'adhésion susmentionnée de B.\_\_\_\_\_, traçant et ajoutant de manière manuscrite le prénom d'A.A.\_\_\_\_\_ à la place de « baby », et la date de début au 1<sup>er</sup> août 2013 au lieu du 1<sup>er</sup> février 2013 (cf. courrier du 21 août 2018 de B.\_\_\_\_\_).

B.A.\_\_\_\_\_ a résilié les contrats d'assurance de sa famille auprès d'O.\_\_\_\_\_ avec effet au 31 juillet 2013.

Par lettre du 24 septembre 2013, B.\_\_\_\_\_ a confirmé l'affiliation d'A.A.\_\_\_\_\_. Elle a joint le certificat d'assurance, valable dès le 1<sup>er</sup> août 2013, concernant l'assurance obligatoire des soins selon la

LAMal, l'assurance pour les soins dentaires, ainsi que l'assurance complémentaire pour les frontaliers français, pour une prime mensuelle de 116 fr. 20.

Le 18 octobre 2013, B.\_\_\_\_\_ a transmis le certificat d'assurance d'A.A.\_\_\_\_\_ valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014 pour les assurances précitées, le montant de la prime demeurant inchangé.

Le 27 juin 2014, D.A.\_\_\_\_\_ est né.

Par courriel du 27 août 2014, B.\_\_\_\_\_ a informé le SAM que la famille A.\_\_\_\_\_ était partie en France le 31 juillet 2011, qu'elle avait exercé le droit d'option à l'époque, et qu'elle avait demandé l'affiliation selon la LAMal au 1<sup>er</sup> août 2013. Elle a demandé si le SAM était au courant de la situation.

Par courriel du 2 septembre 2014, le SAM a répondu à B.\_\_\_\_\_ que B.A.\_\_\_\_\_ était titulaire d'un permis G de frontalier depuis le 4 octobre 2011 et qu'à la suite d'un courrier de contrôle du SAM relatif à ce permis, il avait opté pour une assurance dans son pays de résidence. Le droit d'option avait été enregistré le 28 octobre 2011. Il ne pouvait ainsi plus revenir à la LAMal, sauf en cas d'interruption, voire de cessation d'activité avec un enregistrement auprès du chômage Pôle emploi. Si cela avait été le cas, il aurait dû recevoir un nouveau contrôle, pour autant qu'il travaille dans le canton de [...].

Par courrier du 9 septembre 2014 intitulé « Particularités concernant les Accords bilatéraux », B.\_\_\_\_\_ a informé B.A.\_\_\_\_\_ de l'annulation des contrats d'assurance de sa famille dès leur entrée en vigueur, soit au 1<sup>er</sup> août 2013. Elle a expliqué que l'exercice tardif du droit d'option avec un fait générateur, tel une naissance, pouvait être appliqué jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013 s'il n'avait pas été exercé auparavant. En l'occurrence, la famille avait déjà exercé son droit d'option en choisissant

une assurance-maladie en France auprès d'O.\_\_\_\_\_, lequel revêtait un caractère définitif. Dès lors, ils restaient assujettis à ce régime.

Par décision du 13 mars 2015, B.\_\_\_\_\_ a résilié le contrat d'assurance d'A.A.\_\_\_\_\_ avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> août 2013, au motif qu'il était assuré auprès d'un autre assureur-maladie pendant cette période (double affiliation). En outre, elle a réclamé le montant de 4'089 fr. 10, correspondant aux prestations indemnisées déduites des primes et participations déjà payées. Elle a prié de transmettre une copie de cette décision et les factures correspondantes à l'assurance-maladie étrangère en vue d'un remboursement par cette dernière.

Le 8 avril 2015, B.A.\_\_\_\_\_ et C.A.\_\_\_\_\_ se sont opposés à cette décision, faisant valoir que leur contrat auprès d'O.\_\_\_\_\_ avait été résilié au 1<sup>er</sup> août 2013 et qu'ils n'avaient donc pas été assurés par un autre assureur-maladie à compter de cette date. Ils ont estimé avoir été mal informés par B.\_\_\_\_\_, ayant eux-mêmes fourni tous les renseignements de bonne foi. Les frais médicaux resteraient à leur charge du fait de la non-rétroactivité des contrats d'assurance-maladie français. Les frais médicaux étaient importants sur cette période du fait de la naissance de leur deuxième fils, Elliott, en juin 2014. Ils ont joint un courrier du 30 mars 2015 d'O.\_\_\_\_\_, confirmant que la résiliation du contrat avait été effective le 1<sup>er</sup> août 2013 et que le contrat souscrit auprès de B.\_\_\_\_\_ « prenait la suite » de celui d'O.\_\_\_\_\_ dès cette date.

Par lettres recommandées des 1<sup>er</sup> juin et 25 août 2015, C.A.\_\_\_\_\_ et B.A.\_\_\_\_\_ ont prié B.\_\_\_\_\_ de suspendre les procédures de sommations à leur encontre dans l'attente d'une prise de position sur leur courrier du 8 avril 2015.

Le 9 août 2016, la société Y.\_\_\_\_\_, agissant pour B.\_\_\_\_\_, a fait parvenir à B.A.\_\_\_\_\_ une facture de montants impayés s'élevant à 8'369.40 €.

Le 30 août 2016, C.A.\_\_\_\_\_ et B.A.\_\_\_\_\_, désormais représentés par Me Martin Ahlström, ont demandé à B.\_\_\_\_\_ de statuer sur l'opposition et de cesser les démarches de recouvrement.

Par décision sur opposition du 3 novembre 2016, B.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 13 mars 2015. Elle a expliqué que l'exercice tardif du droit d'option avec un fait générateur, par exemple une naissance, pouvait être appliqué jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013 lorsque l'intéressé ne l'avait pas exercé auparavant. En l'occurrence, A.A.\_\_\_\_\_ avait opté pour une assurance-maladie en France auprès d'O.\_\_\_\_\_. L'exercice de son droit d'option revêtait un caractère définitif. Le montant de 4'089 fr. 10, concernant des factures prises en charge pour A.A.\_\_\_\_\_ avant la décision d'annulation du contrat, était effectivement dû.

**B.** Par acte du 5 décembre 2016, A.A.\_\_\_\_\_, par ses parents, eux-mêmes représentés par Me Ahlström, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à la constatation de la validité du contrat d'assurance-maladie obligatoire le liant à B.\_\_\_\_\_, et à la prise en charge par cette dernière de ses frais médicaux depuis le 1<sup>er</sup> août 2013. Il a soutenu qu'il avait valablement exercé son droit d'option, la demande de prise en charge ayant été enregistrée par B.\_\_\_\_\_ le 17 décembre 2012, soit avant la date limite de l'exercice du droit d'option. La police d'assurance française s'était éteinte le 31 juillet 2013 et celle auprès de B.\_\_\_\_\_ avait été activée le 1<sup>er</sup> août 2013, conformément à l'accord des parties. En raison de la décision litigieuse, il s'était retrouvé sans couverture d'assurance entre août 2013 et octobre 2014 et avait dû régler directement ses frais médicaux à certains prestataires de soins. Les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne ne devaient pas entraîner une absence de couverture d'assurance. Il s'était fié de bonne foi aux garanties données par B.\_\_\_\_\_. Il a encore informé que la famille avait habité à [...] en Suisse d'octobre 2014 à juin 2015, date à laquelle ils sont retournés en France. Il a requis qu'il soit ordonné à B.\_\_\_\_\_ de produire l'offre du 17 décembre 2012.

Dans sa réponse du 16 janvier 2017, B.\_\_\_\_\_ a invité le recourant à transmettre des attestations de domicile en Suisse, respectivement de départ, afin qu'elle puisse, le cas échéant, reconsidérer sa décision.

Le 20 janvier 2017, le recourant, par son conseil, a envoyé à B.\_\_\_\_\_ des attestations de résidence établies le 1<sup>er</sup> octobre 2014 par le Service du contrôle des habitants de la Ville de [...], selon lesquelles la famille A.\_\_\_\_\_ était arrivée le jour-même de la France, ainsi qu'un formulaire de départ complété le 11 mai 2015 par B.A.\_\_\_\_\_ et C.A.\_\_\_\_\_ annonçant leur départ définitif de [...] le 31 mai 2015.

Par décision de reconsidération du 25 avril 2017, annulant et remplaçant la décision sur opposition du 3 novembre 2016, B.\_\_\_\_\_ a procédé à une substitution de motifs en faisant état de ce qui suit :

« Après avoir revérifié le dossier de l'enfant A.A.\_\_\_\_\_, suite au recours déposé en date du 6 décembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal genevois [recte : vaudois], nous constatons que si les conclusions de la décision sur opposition du 3 novembre 2016 sont correctes, les motifs invoqués sont erronés.

En effet, lors du départ en France de la famille A.\_\_\_\_\_ en 2011, le droit d'option prévu par les Accords bilatéraux a été exercé en choisissant une affiliation au système de sécurité sociale français et ce, conformément à l'accord entre la Suisse et la France. Aussi, une confirmation de résiliation de contrat à la date précitée a été adressée à la famille A.\_\_\_\_\_ le 4 novembre 2011.

Le 26 juillet 2013, une demande d'affiliation au 1<sup>er</sup> août 2013 à l'assurance obligatoire des soins au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) nous est adressée. Cette affiliation a été confirmée de manière erronée par le biais de notre lettre du 24 septembre 2013. Il s'agit d'une erreur de nos services et nous vous prions de nous en excuser.

L'arrêt du Tribunal fédéral du 10 mars 2015 (9C\_801/2014) précise que les personnes soumises à la LAMal qui ne s'étaient jusqu'ici pas assurées en Suisse, mais qui avaient conclu une assurance équivalente dans leur Etat de domicile, sans avoir déposé une demande formelle d'exemption, peuvent s'assurer en Suisse. Lorsque les cantons procèdent au contrôle de l'assurance-maladie obligatoire des travailleurs frontaliers qui souhaitent s'assurer en Suisse, ils doivent déterminer si ceux-ci ont déjà fait valoir valablement leur droit d'option.

Au vu de ce qui précède, le droit d'option ayant déjà été exercé et ce, conformément à la confirmation du Service de l'assurance-maladie de Genève du 2 septembre 2014, il n'était pas possible pour

la famille A. \_\_\_\_\_ de réintégrer l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal.

En effet, un nouvel exercice du droit d'option est possible quand apparaît un nouveau fait générateur de l'obligation d'affiliation au régime suisse **pour autant que l'intéressé n'ait pas exercé auparavant son droit d'option** (changement de statut au sens des accords bilatéraux par exemple). Les naissances des enfants, A.A. \_\_\_\_\_ et D.A. \_\_\_\_\_, ne sont toutefois pas considérées comme un fait générateur d'un nouveau droit d'option. Dès lors, notre confirmation d'affiliation précitée doit être considérée comme nulle et non avenue.

Au vu de ce qui précède, nous sommes contraints de maintenir la décision de désaffiliation à compter du mois d'août 2013 pour A.A. \_\_\_\_\_. Une nouvelle affiliation au système d'assurance maladie suisse ne peut être enregistrée étant donné que l'exercice du droit d'option a déjà été effectué en 2011 lors du premier départ en France et non pas en raison d'une double affiliation comme le mentionnait erronément la décision sur opposition du 3 novembre 2016. En somme, la période d'assurance du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2014 est nulle. Par ailleurs, la décision sur opposition du 3 novembre 2016, dans la mesure où elle est basée sur des motifs erronés, est annulée et remplacée par la présente décision de reconsidération.

S'agissant des pièces remises avec le recours du 5 décembre 2016, B. \_\_\_\_\_ a pu constater qu'un retour en Suisse a eu lieu dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, conformément à l'attestation de résidence du contrôle des habitants de la commune de [...]. Dès lors, il appert que A.A. \_\_\_\_\_ remplissait à nouveau les conditions prévues à l'article 3 al. 1 LAMal, et était tenu d'être affilié au système d'assurance-maladie en Suisse. Par conséquent, un nouveau contrat est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Par la suite, le contrôle des habitants de [...] a attesté le 11 mai 2015 d'un nouveau départ pour la France en date du 31 mai 2015. Au vu de ce qui précède et conformément à notre aimable entretien téléphonique du 24 avril 2017, lors duquel il nous a été confirmé que la famille A. \_\_\_\_\_ n'entretenait plus de lien avec la Suisse suite à ce départ, nous confirmons la résiliation de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins de A.A. \_\_\_\_\_ au 31 mai 2015. »

Le 11 mai 2017, le recourant, par son conseil, a formulé des observations à cette décision de reconsidération, relevant que l'intimée avait uniquement procédé à une substitution de motifs et que la Cour de céans restait compétente pour traiter du recours. Il a relevé que la position de l'intimée avait pour conséquence la création d'une absence de couverture d'assurance-maladie - française ou suisse - entre août 2013 et octobre 2014, et la mise à sa charge de tous ses frais médicaux. Il a expliqué que jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013, les personnes assujetties ayant déjà exercé le droit d'option pouvaient à nouveau l'exercer en cas de naissance ou de modification dans le statut familial, ce qui avait été confirmé par le SAM. C'était justement en prévision de la naissance

d'A.A.\_\_\_\_\_, avant le 1<sup>er</sup> février 2013, que les époux A.\_\_\_\_\_ avaient à nouveau exercé leur droit d'option et conclu une assurance avec B.\_\_\_\_\_, ce qui avait été accepté par cette dernière. Le contrat avait été honoré pendant plus d'une année.

Par déterminations du 2 juin 2017, l'intimée a soutenu que la décision de reconsidération du 25 avril 2017 était entrée en force, faute de recours interjeté à son encontre. Pour le surplus, elle a confirmé cette dernière. Elle a ajouté que le droit d'option était irrévocable et qu'il avait déjà été exercé en 2011 par la famille A.\_\_\_\_\_, ce que cette dernière n'avait pas contesté. Elle a précisé qu'à la lecture de la déclaration d'adhésion à B.\_\_\_\_\_ de la famille A.\_\_\_\_\_, il n'était pas possible de constater que le droit d'option avait déjà été exercé une fois. Par ailleurs, elle n'avait pas connaissance du nouveau droit d'option à la suite d'une naissance valable jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013 allégué par le recourant. Le SAM avait au contraire attesté, par courriel du 2 septembre 2014, que le droit d'option avait déjà été exercé le 28 octobre 2011 et que le seul élément permettant le nouvel exercice d'un droit d'option serait une interruption ou cessation d'activité et non une naissance. Quoi qu'il en soit, si une telle exception devait exister jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013, le nouveau droit d'option n'avait été exercé que le 26 juillet 2013 avec effet dès le mois d'août 2013, soit de manière tardive.

Le 21 septembre 2017, le recourant a soutenu que l'intimée n'avait pas informé le SAM de la naissance d'un enfant, de sorte que la conclusion retenue par ce Service était erronée.

Le 29 septembre 2017, l'intimée a relevé que la confirmation du SAM du 2 septembre 2014 était valable, car elle concrétisait la pratique postérieure au mois de février 2013, période déterminante en l'espèce au vu de l'exercice du droit d'option le 26 juillet 2013 seulement.

Le 13 novembre 2017, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a transmis un courriel du 28 septembre 2017 qu'elle avait adressé au SAM, lui indiquant que la famille A.\_\_\_\_\_ avait choisi de s'affilier auprès

d'une sécurité sociale française lors de son départ en France en 2011 et qu'une demande d'affiliation lui avait été adressée le 26 juillet 2013, laquelle avait été refusée au motif que le droit d'option avait déjà été exercé, et demandant si la naissance de A.A. \_\_\_\_\_ le 28 janvier 2013 pouvait être considéré comme un nouveau fait générateur ouvrant un nouveau droit d'option. Etaient également joint un courriel du 25 octobre 2017 du SAM, répondant que la naissance d'un enfant n'était pas un fait générateur ouvrant un nouveau droit d'option.

Le 30 novembre 2017, le recourant, par son conseil, a relevé que le nouveau courriel du SAM concernait la situation prévalant après le 1<sup>er</sup> février 2013, alors que jusqu'à cette date, les personnes assujetties ayant déjà exercé le droit d'option pouvaient à nouveau l'exercer en cas de naissance. Il attendait toujours une confirmation écrite en ce sens du SAM, qui le lui avait expliqué par oral. Il priait la Cour de céans de demander elle-même cette confirmation.

Le 21 mars 2018, le recourant a transmis un courrier du 6 décembre 2017 que lui avait adressé le SAM, à la teneur suivante :

« Les changements d'ordre familial étaient, en effet, considérés jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013 (date de l'entrée en vigueur de la note conjointe) comme étant des faits générateurs permettant aux personnes concernées de changer de système d'assurance-maladie applicable.

Toutefois, nous constatons que la famille A. \_\_\_\_\_ ne nous a jamais fait part de sa décision de changement de système d'assurance-maladie. Par conséquent, l'absence d'une demande officielle de modification du système de sécurité sociale de la part de vos mandants ne nous permet pas de considérer que leur affiliation doit être transférée dans le système de l'assurance-maladie suisse LAMal. »

Le recourant a relevé que même si le SAM précisait que la famille A. \_\_\_\_\_ n'avait pas fait part de sa décision de changement d'assurance-maladie, B. \_\_\_\_\_ « avait donné toutes les garanties à la famille A. \_\_\_\_\_ que cette démarche serait effectuée par la compagnie d'assurance ». La famille A. \_\_\_\_\_ s'était basée de bonne foi sur ces déclarations. Il a joint en annexe un échange de courriels du 9 septembre 2013, par lesquels C.A. \_\_\_\_\_ a transmis à B. \_\_\_\_\_ des documents et

expliquait que sa famille devait absolument être assurée depuis le 1<sup>er</sup> août 2013, B. \_\_\_\_\_ lui répondant que ces documents avaient été transmis au service « Validation » pour traitement, et C.A. \_\_\_\_\_ ajoutant qu'elle était dans l'attente de recevoir la confirmation d'affiliation au plus vite.

Le 8 mai 2018, l'intimée a relevé que comme le confirmait le SAM, aucune demande de changement de système d'assurance-maladie n'avait été entreprise par la famille A. \_\_\_\_\_ avant le 1<sup>er</sup> février 2013 pour un changement d'ordre familial, de sorte que son affiliation ne pouvait pas être transférée dans le système LAMal. L'intimée a conclu qu'elle n'était ainsi pas habilitée à affilier cette famille.

Le 19 août 2018, la juge en charge de l'instruction a invité B. \_\_\_\_\_ à produire son offre du 17 décembre 2012.

Le 21 août 2018, B. \_\_\_\_\_ a répondu qu'elle n'était pas en possession de ce document. Il était toutefois identique à celui que B.A. \_\_\_\_\_ avait complété et signé le 27 [recte : 26] juillet 2013, à la différence qu'il ne comportait que les mentions libellées en caractères d'imprimerie, le prénommé l'ayant complété de manière manuscrite par la suite.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, comme en l'espèce, le tribunal compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse (art. 58 al. 2 in initio LPGA), lequel se trouvait en l'occurrence à [...]. Le recours doit être déposé dans

les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 3 novembre 2016 a été formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**d)** Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, un assureur peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours.

L'intimée a rendu une décision de reconsidération le 25 avril 2017, soit après l'envoi de sa réponse. Elle a confirmé les conclusions de la décision sur opposition du 3 novembre 2016, mais procédé à une substitution de motifs, en justifiant désormais l'impossibilité d'affiliation non plus à cause d'une double affiliation, mais au vu du fait que le droit d'option avait déjà été exercé en 2011. L'on peut douter du bien-fondé de cette décision de reconsidération, dès lors qu'elle a été rendue après l'envoi de la réponse de l'intimée, et ne constitue ainsi qu'une proposition de jugement. Quoi qu'il en soit, au vu de la procédure pendante devant la Cour de céans, l'intimée ne peut en aucun cas soutenir que cette décision de reconsidération est entrée en force, faute de recours interjeté à son encontre.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 125 V 413 consid. 1a et les références).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais médicaux du recourant relevant de l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal pour la période du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2014, singulièrement si le recourant était affilié auprès de l'intimée pour cette période.

Le recourant a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à la constatation de la validité du contrat d'assurance-maladie obligatoire le liant à B.\_\_\_\_\_, et à la prise en charge par cette dernière de ses frais médicaux depuis le 1<sup>er</sup> août 2013. Des conclusions constatatoires ne sont admissibles que s'il existe un intérêt juridique ou de fait digne de protection à ce qu'elles soient accordées qui ne saurait être pleinement sauvegardé par une conclusion formatrice (142 V 2 consid. 1.1 ; TF 9C\_105/2016 consid. 1.1). Or la conclusion tendant à l'annulation de la décision litigieuse englobe les conclusions constatatoires formulées par le recourant, de sorte que celles-ci sont irrecevables.

**3. a)** L'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. Selon l'art. 1 par. 1 de l'Annexe II de l'ALCP, intitulé « Coordination des systèmes de sécurité sociale », les parties contractantes sont notamment tenues d'appliquer entre elles le 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). Ce règlement est entré en vigueur pour la Suisse le 1<sup>er</sup> avril 2012.

Selon l'art. 11 par. 3 let. a du Règlement n° 883/2004, la personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un Etat membre est, sous réserve des art. 12 à 16, soumise à la législation de cet Etat membre. Cette disposition fait du lieu de travail le critère principal de rattachement et consacre le principe de la *lex loci laboris*. L'Etat d'emploi est alors seul compétent en vertu du principe de l'unicité de la législation applicable prévu à l'art. 11 par. 1 du Règlement n° 883/2004, selon lequel les personnes auxquelles le règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre (ATF 142 V 192 consid. 3.1).

Ce principe peut être assorti d'exceptions. En effet, en application de l'art. 83 du Règlement n° 883/2004, l'Annexe XI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. Il en ressort notamment que les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) en tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas, la Finlande et le Portugal (voir également Annexe II ALCP, section A, par. 1, let. i, ch. 3b). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (pour la situation sous l'empire du Règlement [CE] n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté [RO 2004 121], applicable dans les rapports entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) jusqu'au 31 mars 2012, voir ATF 135 V 339 consid. 4.3.2) (ATF 142 V 192 consid. 3.2).

Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du droit d'option instauré par la réglementation européenne. Selon l'art. 2 al. 6 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; 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 les personnes qui résident dans un Etat 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'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie (ATF 142 V 192 consid. 3.3).

**b)** Les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie entre la Suisse et la France ont été explicitées dans une note conjointe du 1<sup>er</sup> février 2013, intitulée « note conjointe 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 ». Elle prévoit que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Pour les personnes concernées, les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de pensionné. Les modifications d'état civil (mariage, divorce) ou les changements de composition de la cellule familiale (naissance ou décès d'un membre de famille) ne sont pas considérés comme de nouveaux faits générateurs (cf. ch. 1 de la note conjointe). Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> février 2013, les faits générateurs de l'exercice du droit d'option sont exhaustivement prévus. Désormais, les changements d'état civil ou de composition de la cellule familiale en sont nommément exclus (cf. note d'information du 2 mai 2013 de l'Office fédéral de la santé publique relative à la révision de la note conjointe).

La demande doit être déposée dans un délai de trois mois à compter du jour où les personnes concernées sont soumises au régime suisse de sécurité sociale ou à compter du premier jour de domiciliation en France. Ce délai échu, elles doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance maladie obligatoire. La demande vaut pour les membres de la famille non actifs. Elle doit être déposée auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie du lieu de travail en ce qui

concerne les travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles (cf. ch. 1 de la note conjointe du 1<sup>er</sup> février 2013).

Les principes précités ont été repris dans la note conjointe du 23 mai 2014.

**c)** Du côté français, la Circulaire DSS/DACI n° 2002-368 du 27 juin 2002 relative à la mise en œuvre du droit d'option en matière d'assurance maladie prévu par l'accord conclu entre l'Union européenne et la Confédération helvétique sur la libre circulation des personnes le 21 juin 1999, prévoit le cas particulier de l'arrivée d'un nouveau membre (naissance, mariage, adoption) dans la famille d'une personne devant être affiliée en Suisse. Selon le ch. 4, si le travailleur a exercé son droit d'option, l'arrivée d'un nouveau membre ne fait pas acquérir de nouveau le droit d'option à la famille puisque l'option a déjà été exercée et qu'elle vaut globalement pour toute la famille.

**4.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'ALCP et le règlement cité sont applicables au recourant du point de vue personnel (art. 2 par. 1 Règlement n° 883/2004) et matériel (art. 3 par. 1 let. a Règlement n° 883/2004).

Le recourant, fils d'un frontalier résidant en France et travaillant en Suisse, s'est vu résilier son contrat auprès de l'intimée avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> août 2013. Celle-ci a considéré qu'il ne pouvait pas s'affilier au système d'assurance-maladie suisse, en justifiant ceci d'abord en raison d'une double affiliation (cf. décision sur opposition du 3 novembre 2016), puis par le fait que le père du recourant avait déjà exercé un droit d'option en 2011 pour choisir le système français, ce même si l'intéressé était né en janvier 2013 (cf. décision de reconsidération du 25 avril 2017). Le recourant fait quant à lui valoir que jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2013, une naissance était considérée comme un fait générateur permettant aux personnes concernées de changer de système d'assurance-maladie applicable.

Cette problématique peut demeurer ouverte, dès lors que l'assuré ne peut être affilié en Suisse. En effet, dans le cas où il était légitimé à déposer une demande, cela aurait dû être fait dans un délai de trois mois dès le fait générateur, auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance du lieu du travail de son père, soit le SAM. Cela n'a pas été fait, ce qu'a confirmé le SAM dans son courrier du 6 décembre 2017. La demande d'affiliation, adressée qui plus est en juillet 2013 seulement à l'intimée, ne permet en aucun cas de modifier ce qui précède.

**5.** Le recourant fait valoir qu'il n'a pas été correctement informé par l'intimée et se prévaut du principe de la protection de la bonne foi.

**a)** Une déclaration erronée peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (ou l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). D'après la jurisprudence, il faut que (a) le renseignement ait été donné sans réserve, (b) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (c) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (d) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (e) que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, (f) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée et que (g) l'intérêt à l'application du droit positif ne l'emporte pas sur la protection de la confiance (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2).

**b)** En l'occurrence, dans ses courriers des 17 décembre 2012 et 24 septembre 2013, l'intimée a proposé, respectivement confirmé l'affiliation du recourant, sans réserve. Celui-ci était fondé à considérer B.\_\_\_\_\_ comme compétente pour l'informer de son affiliation auprès d'elle. Le recourant n'a pas non plus pu se rendre compte immédiatement

de l'inexactitude du renseignement obtenu. En outre, depuis le moment où le renseignement erroné a été donné, la réglementation n'a pas changé. L'on peut de surcroît retenir que l'intérêt à l'application du droit positif ne l'emporte pas sur la protection de la confiance (cf. TF 9C\_263/217 du 21 mars 2018 consid. 7.2.1, où l'assureur-maladie a également annulé les contrats d'assurance-maladie des recourants avec effet rétroactif).

Il reste ainsi à examiner si le recourant s'est fondé sur les assurances dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (cf. supra, condition e). Le 17 décembre 2012, B. \_\_\_\_\_ a adressé au père du recourant un formulaire d'adhésion pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie selon la LAMal pour son enfant à naître. Ce document était déjà complété s'agissant des données administratives et prévoyait une date de début d'assurance, de même que le montant de la prime mensuelle. En dehors de quelques points mineurs, tels que le choix du mode de paiement des primes, il ne restait plus qu'à signer et renvoyer ce document à l'intimée, ce que le père du recourant a fait en juillet 2013, en rectifiant la date du début de l'assurance au 1<sup>er</sup> août 2013. Celui-ci s'est fondé de bonne foi sur ce document pour résilier le contrat d'assurance du recourant auprès de l'assureur français O. \_\_\_\_\_ pour la fin du mois de juillet 2013. Même si B. \_\_\_\_\_ n'avait à ce moment pas encore officiellement confirmé l'affiliation du recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2013, elle l'a fait peu après, soit dans son courrier du 24 septembre 2013, au lieu de le rendre attentif au fait qu'il ne pouvait pas être affilié en Suisse. Ce n'est que le 9 septembre 2014, soit plus d'une année après le début du contrat d'assurance, qu'elle a informé de la situation et de la résiliation avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> août 2013. Ainsi, en lien avec les renseignements erronés de l'intimée, le père du recourant a pris des dispositions pour son fils, soit résilier son contrat d'assurance-maladie française, respectivement ne pas en conclure rapidement un nouveau, de sorte que l'intéressé n'était affilié à aucune assurance-maladie pour la période du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2014. Se pose encore la question de savoir si cette situation entraîne bel et bien un préjudice. Il s'agit ainsi de déterminer si le recourant a la

possibilité de s'affilier rétroactivement à une assurance-maladie française pour la période précitée. A ce sujet, seul l'intéressé s'est exprimé, faisant valoir que les frais médicaux resteraient à sa charge du fait de la non-rétroactivité des contrats d'assurance-maladie français. Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il appartient en premier lieu d'instruire (cf. art. 43 LPGA), afin qu'elle détermine les possibilités d'affiliation du recourant à une assurance-maladie en France pour la période litigieuse. Si elle parvient à la conclusion qu'aucune forme d'assurance n'est possible, la condition du préjudice serait remplie, comme toutes les autres relatives à l'application du principe de la protection de la confiance. Il en résulterait que le recourant devrait - malgré l'application du droit positif - rester assuré auprès de l'intimée pour l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal pour la période du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2014, et dès lors, bénéficiaire d'une prise en charge de ses frais médicaux.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition du 3 novembre 2016 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision (en ce qui concerne la décision de reconsidération du 25 avril 2017, voir consid. 1d supra).

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr., supportés par B. \_\_\_\_\_, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique**

**prononce :**

- I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 novembre 2016 par B.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. B.\_\_\_\_\_ versera à A.A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Martin Ahlström (pour A.A.\_\_\_\_\_, agissant par ses parents)
- B.\_\_\_\_\_
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :