

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Férolles, assesseuse
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...] (France), recourant,

et

U. _____, à [...], intimée.

Art. 1 al. 2 let. d et 2 al. 6 OAMal

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est titulaire d'une rente de l'assurance-vieillesse et survivants suisse. Il est affilié à U._____ (ci-après également : l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. En 2019, il avait souscrit une police d'assurance médecin de famille, avec une franchise à option de 2'500 fr., risque accidents inclus.

Il a annoncé au contrôle des habitants de la Commune de X._____, où il était domicilié, son départ pour la France au 30 avril 2019. La Commune de X._____ a établi, le 13 juin 2019, une attestation de départ pour la France le 30 avril 2019.

Par communication électronique du 28 août 2019, K._____ a annoncé à U._____ son départ pour la France. Le 4 septembre 2019, U._____ lui a adressé un questionnaire à compléter et à lui retourner, concernant notamment le choix de maintenir son assurance-maladie auprès d'U._____ ou d'un autre assureur, ou de s'affilier désormais en France pour l'assurance des soins en cas de maladie. K._____ n'a pas réagi à ce courrier.

Le 14 octobre 2019, U._____ a communiqué à l'assuré que la prime pour l'année 2020, pour l'assurance médecin de famille avec une franchise à option de 2'500 fr. et une couverture du risque d'accidents était de 321 fr. 45 par mois.

Le 12 novembre 2019, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des [...] (CPAM des [...]), en France, a refusé une demande d'affiliation de K._____. Elle a exposé, en substance, qu'étant retraité de Suisse et résidant en France, il restait en principe affilié au régime d'assurance-maladie en Suisse. Il disposait d'un droit d'option pour pouvoir s'assurer en France, à faire valoir dans un délai de trois mois suivant son installation en France. En l'occurrence, il ne l'avait pas exercé dans ce délai.

Le 16 novembre 2019, U._____ a adressé un rappel à K._____, en l'invitant à lui retourner le questionnaire qui lui avait été adressé le 4 septembre 2019.

K._____ a rempli le questionnaire le 27 novembre 2019 en faisant état d'un départ pour la France le 30 avril 2019 et en indiquant choisir de rester assuré en Suisse auprès d'U._____. Ces documents sont parvenus à U._____ le 3 décembre 2019.

Le 20 janvier 2020, U._____ a informé l'assuré du fait que sauf avis contraire de sa part dans un délai de 10 jours, elle transférerait son contrat d'assurance « dans la convention administrative réservée aux assurés rentiers de l'UE/AELE » et procéderait à la « conversion de [son] modèle Médecin de famille, franchise à Fr. 2'500.- en catégorie [...], franchise à Fr. 300.- », dès le 1^{er} août 2019, pour une prime mensuelle à 738 fr., et dès le 1^{er} janvier 2020, pour une prime mensuelle à 664 francs.

Par courrier électronique du 1^{er} février 2020, K._____ a contesté ces nouvelles conditions en indiquant qu'elles ne correspondaient pas à ses attentes et devaient être corrigées. Il l'a confirmé par téléphone le 5 février 2020. U._____ l'a alors informé qu'il pouvait refuser l'offre et s'affilier auprès d'une autre compagnie d'assurance s'il le souhaitait. Le 25 février 2020, elle lui a adressé un courrier électronique pour lui demander de lui faire parvenir une attestation établie par un nouvel assureur et indiquant le début de la couverture d'assurance. En cas d'affiliation à un assureur étranger, il lui appartenait de produire une attestation de cet assureur ainsi qu'une copie du formulaire « choix du système d'assurance-maladie applicable », dûment complété et « attesté par la CPAM et par le service d'assurance-maladie du canton dans lequel vous travaillez ».

Par courrier électronique du 4 mars 2020, K._____ a reproché à U._____ d'avoir « procédé à la résiliation de mon contrat sans me demander explicitement ». Il lui a demandé de « réinstaurer » sa police « telle qu'elle a[vait] été prévue en Sept...19 ».

Le 23 mars 2020, U._____ a adressé à K._____ une police d'assurance [...], avec franchise de 300 fr. et couverture du risque accidents, pour une prime mensuelle nette de 664 fr., valable dès le 1^{er} août 2019. K._____ a réagi par courrier électronique du 15 avril 2020 en demandant à nouveau que la police en vigueur précédemment soit maintenue. Par lettre du 12 mai 2020, U._____ lui a exposé qu'en tant que rentier suisse domicilié en France, il restait tenu d'être affilié au régime d'assurance-maladie suisse, à moins de demander à l'Institution commune LAMal une exemption, dans un délai de trois mois dès son changement de statut. En l'absence d'une telle exemption, il restait soumis à l'obligation d'assurance en Suisse, aux conditions tarifaires applicables aux rentiers suisses domiciliés dans un Etat de l'Union européenne. Ces conditions prévoyaient une franchise limitée à 300 fr., pour une prime mensuelle de 738 fr. en 2019 et de 664 fr. en 2020.

De nouveaux échanges ont eu lieu entre les parties, l'assuré contestant, sans succès, les nouvelles conditions applicables et reprochant à l'assureur un défaut d'information.

Le 31 août 2020, U._____ a adressé à K._____ un 1^{er} rappel pour le paiement des primes d'août 2019 à août 2020, faisant état d'un solde à sa charge de 9'618 fr. 95.

Par décision du 7 septembre 2020, elle a constaté l'affiliation de l'assuré dès le 1^{er} août 2019 aux conditions de la catégorie « [...] » avec une franchise de 300 fr., risque accidents inclus, pour une primes mensuelle nette de 738 fr. en 2019 et 664 fr. en 2020.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 5 octobre 2020. Il a reproché à l'assureur de lui avoir adressé tardivement son courrier du 20 janvier 2020 et exposé qu'il était prêt à maintenir son affiliation, aux conditions communiquées précédemment, soit une prime mensuelle de 327 fr. 90. Il n'avait pas imaginé que le tarif doublerait, sans quoi il aurait effectué les démarches pour changer d'assureur. Il a par ailleurs indiqué que selon le courrier du 12 novembre 2019 de la CPAM [...], il lui était

encore possible de s'affilier en France dès réception d'un formulaire S1/E121. Enfin, il a précisé que son départ effectif de la Commune de X._____ avait eu lieu, en réalité, le 15 juillet 2019 et non le 30 avril 2019. Son inscription auprès de l'ambassade de Suisse à Paris datait d'ailleurs du mois d'août 2019.

Par arrêt du 26 octobre 2020 (AM 38/20 - 32/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable un recours de l'assuré contre la décision du 7 septembre 2020.

Par décision sur opposition du 30 décembre 2020, U._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 7 septembre 2020.

B. K._____ a recouru contre cette décision, par acte du 26 janvier 2021, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il demande, pêle-mêle, l'annulation du contrat avec U._____, le constat qu'il est libre de s'adresser à un autre assureur suisse, qu'il soit constaté que les primes arriérées sont divisées par deux et que la procédure suivie par l'intimée est entachée d'un vice. Il sera revenu sur la motivation du recours dans la partie « en droit » ci-après.

Le 25 mars 2021, l'intimée s'est déterminée et a proposé le rejet du recours sous suite de frais et dépens.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours remplit les conditions formelles de recevabilité.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, les conclusions prises par le recourant ne sont recevables que dans la mesure où elles portent sur l'objet de la contestation, défini par la décision sur opposition litigieuse. En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse, en tant qu'elle confirme intégralement la décision du 7 septembre 2020, se limite à constater l'affiliation du recourant à l'intimée aux conditions prévues par le régime [...], pour une franchise de 300 fr., avec couverture du risque accidents, pour une prime mensuelle de 738 fr. dès le 1^{er} août 2019 et pour une prime mensuelle de 664 fr. dès le 1^{er} janvier 2020. Il existait, pour les parties, un intérêt digne de protection au constat de ce rapport d'assurance, dans la mesure où il était contesté par l'assuré.

Les conclusions du recourant sont en revanche irrecevables dans la mesure où elles portent sur le montant de l'arriéré de primes ou

sur le constat d'un vice de procédure. Un tel vice ne pourrait être constaté que s'il devait avoir pour effet d'invalider le rapport d'assurance avec l'intimée ou conduire à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision, ce qui n'est pas le cas, comme on le verra ci-après (cf. consid. 7).

c) Le litige porte ainsi sur le point de savoir si le recourant est lié à l'intimée par un rapport d'assurance pour la période courant dès le 1^{er} août 2019, aux conditions exposées ci-avant.

3. Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

4. a) Aux termes de l'art. 1 al. 2 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), sont notamment tenues de s'assurer en Suisse les personnes qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ; RS 0.142.112.681 ; ci-après : ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi.

Ces personnes peuvent toutefois être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal, pour autant que l'ALCP prévoit une telle possibilité d'exemption et que

ces personnes 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.

b) Selon le régime de coordination des systèmes de sécurité sociale prévu par l'ALCP et la réglementation européenne à laquelle renvoie son annexe II, les ressortissants suisses ou d'un pays membre de l'Union européenne, domiciliés en France, qui sont titulaires d'une rente de vieillesse suisse uniquement, sont affiliés à l'assurance-maladie suisse (cf. art. 24 al. 1 et al. 2 let. a, et Annexe XI, Suisse, ch. 3 let. a/ii, du règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [dans sa version adaptée conformément à l'annexe II ALCP]; RS 0.831.109.268.1 ; sur cette question, cf. ATF 144 V 127). Ils ont toutefois la possibilité d'opter pour une affiliation à l'assurance-maladie en France s'ils prouvent qu'ils y bénéficient d'une couverture d'assurance en cas de maladie et s'ils présentent une demande dans ce sens dans les trois mois qui suivent l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque, dans les 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 (Annexe XI au règlement n° 883/2004, Suisse, ch. 3 let. b). La demande d'exemption doit être adressée à l'Institution commune LAMal (art. 18 al. 2bis LAMal). En cas de déménagement en France d'un rentier suisse qui était, avant son déménagement, déjà affilié en Suisse à titre obligatoire, le délai de trois mois pour opter en faveur d'une assurance en France commence à courir dès l'établissement de cette personne en France.

5. En l'espèce, le recourant n'a pas adressé de demande d'exemption de l'obligation d'assurance en Suisse dans le délai de trois mois depuis son départ de Suisse. Ce départ remonte au 30 avril 2019, comme en a attesté la Commune de X. _____, et comme il l'a annoncé à l'intimée. Il soutient depuis la procédure d'opposition seulement, qu'il aurait en réalité quitté la Suisse non pas le 30 avril 2019, mais le 15 juillet 2019. Cette allégation contredit toutefois les déclarations précédentes du recourant et n'est étayée par aucune preuve. Elle ne peut pas être tenue

pour établie et il convient de constater que le délai de trois mois pour opter en faveur d'une affiliation à l'assurance-maladie en France a commencé à courir le 1^{er} mai 2020. Le recourant n'allègue et ne démontre aucune démarche auprès de l'Institution commune LAMal en vue d'obtenir une exemption de l'obligation d'assurance en Suisse, ni dans ce délai, ni après l'échéance de ce délai. Il convient par conséquent de constater qu'il ne bénéficie pas d'une telle exemption. Il a par ailleurs tenté de s'assurer à la CPAM des [...], en France, qui a refusé son affiliation au motif que le délai d'option de trois mois était échu.

6. Le recourant semble contester le montant des primes qui lui sont appliquées par l'intimée. Son recours n'est toutefois pas motivé sur ce point. Il n'y a donc pas lieu d'entrer plus en matière sur ce grief, sauf à préciser que conformément à l'art. 101a OAMal, les assurés résidant dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, ne peuvent pas adhérer aux formes particulières d'assurance au sens des art. 93 à 101. Ces formes particulières d'assurance concernent notamment le montant de la franchise et les choix du fournisseur de prestations, étant précisé qu'une franchise élevée et une limitation du choix du fournisseur de prestations permettent une réduction des primes. En l'occurrence, dès lors que le recourant ne pouvait plus adhérer à l'une de ces formes particulières d'assurance, l'intimée lui a appliqué à juste titre le tarif de primes applicable pour une franchise minimale de 300 fr., sans limitation du fournisseur de prestations.

7. Le recourant reproche à l'intimée un défaut d'information, qui l'aurait induit en erreur. Ce défaut d'information serait double : d'abord, l'assureur ne l'aurait pas suffisamment renseigné sur son droit d'option et les démarches à effectuer ; ensuite, l'assureur l'aurait renseigné tardivement sur le montant des primes qu'il aurait à acquitter en cas de maintien de l'assurance en Suisse après son établissement en France.

Cette argumentation ne peut être suivie : le recourant n'a communiqué à l'intimée son départ pour la France qu'à la fin du mois d'août 2019, soit après l'échéance du délai de trois mois dont il disposait

pour demander une exemption de l'obligation d'assurance en Suisse. L'assureur lui a néanmoins rapidement adressé un formulaire lui demandant, notamment, s'il souhaitait rester affilié en Suisse ou s'il souhaitait opter pour une assurance en France. Le recourant n'y a, dans un premier temps, donné aucune suite. Il n'a finalement remis ce formulaire à l'intimée que le 3 décembre 2019, après un rappel. En d'autres termes, l'intimée ne porte aucune responsabilité dans le fait que le recourant n'a pas demandé une exemption à l'obligation d'assurance en Suisse dans un délai de trois mois après son départ.

En ce qui concerne le montant des primes, on doit regretter que l'intimée n'ait pas d'emblée annoncé au recourant les conséquences éventuelles d'un maintien d'assurance en Suisse sur le montant des primes, en même temps qu'elle lui a demandé s'il optait pour une assurance en France. L'intimée est invitée à modifier sa pratique sur ce point. Il n'en reste pas moins que cette information n'aurait eu, en l'occurrence, aucune portée, dès lors que le délai d'option était déjà échu lorsque le recourant a annoncé son départ à l'intimée.

8. Le recourant demande que le tribunal constate qu'il est libre de s'assurer à un autre assureur-maladie en Suisse. Comme on l'a vu (consid. 2), cette conclusion n'est à première vue pas recevable. On observera néanmoins que le recourant est libre de changer d'assureur aux conditions prévues par l'art. 7 LAMal, soit pour la fin d'une année civile, avec un préavis de trois mois (al. 1). En cas de communication d'une nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (al. 2). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (al. 5). Toutefois, en dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (art. 64a al. 6 LAMal).

9. Vu ce qui précède, le recours est mal fondé dans la mesure où il est recevable. On observera que si les primes auxquelles le recourant doit faire face le mettent dans une situation difficile, il est possible qu'il puisse bénéficier de subsides pour le paiement de ces primes, conformément à l'ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMUE ; RS 832.112.5). Il peut dans ce cas adresser une demande de subside à l'Institution commune LAMal (art. 18 al. 2quinquies et art. 66a LAMal).

10. La procédure ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f bis LPGA. Elle donne lieu à la perception de frais de justice, qu'il convient de mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD ; art. 1 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Les frais sont fixés à 400 fr. compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA).

La partie recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause et qu'elle a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). La partie intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 30 décembre 2020 par U._____ est confirmée.

III. Les frais de justice sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. K. _____,
- U. _____,
- 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 :