

BVGer C-2944/2022 vom 18. Mai 2022

Bundesverwaltungsgericht, 2022-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2944_2022_d20220518

FR: TAF C-2944/2022 du 18 mai 2022

IT: TAF C-2944/2022 del 18 maggio 2022

Regeste

Assurance facultative | Assurance-vieillesse et survivants (décision sur opposition du 18 mai 2022)

Erwägungen

E. 1.1

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans connaît, selon l'art. 31 LTAF, des recours contre les décisions – au sens de l'art. 5 PA – prises par les autorités citées à l'art. 33 LTAF. En particulier, le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de la CSC (cf. art. 85bis al. 1, 1re phr. et art. 62 al. 2 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10]).

E. 1.2

Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2). La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1 ; art. 3 let. dbis PA). A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAVS, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-vieillesse et survivants réglée dans la première partie de la loi, à moins que la LAVS ne déroge expressément à la LPGA. Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 al. 1 LPGA – en relation avec l'art. 39 al. 2 cum art. 60 al. 2 LPGA – et 52 al. 1 PA) et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée (art. 63 al.

E. 2

Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition de la CSC du 18 mai 2022, par laquelle elle a rejeté la demande d'adhésion à l'assurance facultative de la recourante, en raison du dépôt tardif de la demande.

E. 3

Le Tribunal administratif fédéral 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 (Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 243 ; Pierre Moor/Etienne Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.5). L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c ; André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler/Martin Kayser, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3e éd. 2022, p. 29 no 1.55).

E. 4

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 146 V 364 consid. 7.1 ; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). En l'espèce, la recourante est une ressortissante suisse, domiciliée en République démocratique du Congo, Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale. Dès lors, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions du droit interne suisse en vigueur dans leur teneur jusqu'au 18 mai 2022, date de la décision litigieuse, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours.

E. 5

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, op. cit., 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). Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération

C-2944/2022 Page 7 (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6). Partant, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

E. 5.7

et les réf. cit.).

E. 6.1

L'affiliation à l'AVS/AI peut être obligatoire (art. 1a LAVS) ou facultative (art. 2 LAVS ; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. m. 37).

E. 6.2

Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAVS (assurance obligatoire proprement dite), sont assujetties à l'AVS/AI obligatoire en particulier les personnes physiques domiciliées en Suisse (let. a) et celles qui y exercent une activité lucrative (let. b). Aussi, sont obligatoirement assurés, les ressortissants suisses qui travaillent à l'étranger (let. c) au service de la Confédération (ch. 1), au service d'organisations internationales avec lesquelles le Conseil fédéral a conclu un accord de siège et qui sont considérées comme employeurs au sens de l'art. 12 (ch. 2) ou au service d'organisations d'entraide privées soutenues de manière substantielle par la Confédération en vertu de l'art. 11 de la loi fédérale du 19 mars 1976 sur la coopération au développement et l'aide humanitaire internationales (RS 974.0 ; ch. 3). Pour l'assurance obligatoire proprement dite, l'affiliation a lieu de par la loi (ex lege) ; il suffit qu'une personne remplisse une de ces conditions pour être assurée. Ainsi, l'affiliation au régime de l'AVS/AI peut être qualifiée d'automatique étant donné que l'assujettissement commence au moment où l'une des conditions de l'art. 1a al. 1 LAVS se trouve réalisée et qu'il cesse au moment où celle-ci n'est plus remplie (VALTERIO, op. cit., n. m. 40).

E. 6.3

En vertu de l'art. 2 al. 1 LAVS, l'adhésion à l'assurance AVS/AI facultative est subordonnée à la triple condition que la personne (i) ait la nationalité suisse ou celle d'un Etat membre de la Communauté européenne (ci-après : l'UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (ci-après : l'AELE), (ii) qu'elle vive dans un Etat non membre de l'UE ou de l'AELE et (iii) qu'elle ait été assurée à l'AVS/AI immédiatement avant la sortie de l'AVS pendant 5 ans consécutifs (VALTERIO, op. cit. n. m. 158 ; Directives de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] concernant l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité facultative [DAF],

C-2944/2022 Page 8 ch. 2008.1). Selon l'art. 2 al. 6, 1re phr. LAVS, le Conseil fédéral édicte les dispositions complémentaires sur l'assurance facultative ; il fixe notamment le délai et les modalités d'adhésion, de résiliation et d'exclusion.

E. 6.4

L'art. 8 al. 1 de l'ordonnance du 26 mai 1961 concernant l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité facultative (OAF, RS 831.111) prévoit que pour adhérer à l'assurance facultative, il s'agit de déposer une déclaration d'adhésion en la forme écrite auprès de la caisse de compensation ou, subsidiairement, auprès de la représentation compétente, dans un délai d'un an à compter de la sortie de l'assurance obligatoire ; l'inobservation de ce délai entraîne la perte du droit d'adhérer à l'assurance facultative. L'adhésion à l'assurance facultative prend effet dès la sortie de l'AVS/AI obligatoire (art. 8 al. 2 OAF). En effet, l'AVS/AI facultative est une assurance de pure continuité, visant uniquement à préserver les droits acquis dans l'AVS/AI obligatoire, ce qui implique que l'adhésion à l'AVS/AI facultative suive immédiatement la sortie de l'AVS/AI obligatoire (FF 1999 4601 p. 4616 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 216/03 du 6 avril 2004 in : Pratique VSI 4/2004 p. 172 ss ; arrêts du TAF C-662/2015 du 8 juin 2017 consid. 7.1 et C-77/2010 du 21 septembre 2011 consid. 5.2). Il sied de relever encore qu'une méconnaissance du droit, et notamment du délai d'adhésion à l'assurance facultative, ne saurait jouer en faveur de l'assuré lorsqu'il n'y a aucune erreur d'information de la part de l'autorité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 245/04 du 29 mars 2005, consid. 4.1 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-3417/2016 du 2 août 2016 consid. 4.2 ; MICHEL VALTERIO, op.cit., n. m. 161).

E. 6.5

En cas de circonstances extraordinaires dont le requérant ne peut pas être rendu responsable, la caisse de compensation peut, sur demande, prolonger individuellement d'une année au plus le délai d'adhésion à l'assurance ; l'octroi ou le refus de la prolongation doit être notifié dans une décision sujette à recours (art. 11 OAF). Selon la doctrine et la jurisprudence, les circonstances extraordinaires sont les événements objectifs empêchant la personne de présenter sa demande d'adhésion pour des raisons indépendantes de sa volonté (et non pas des motifs purement personnels ou subjectifs) ou lorsqu'elle a déposé sa demande tardivement suite à des faux renseignements de l'autorité (VALTERIO, op. cit., n. m. 162 et les réf. cit.). Toutefois, l'erreur (de droit) concernant la qualité d'assuré à l'AVS/AI ne représente pas une circonstance exceptionnelle au sens de cette disposition propre à justifier une prolongation du délai d'adhésion à l'AVS/AI facultative (ATF 114 V 1 consid. 4b). Le délai d'adhésion ne peut pas non plus être prolongé pour une

C-2944/2022 Page 9 personne s'annonçant trop tard, parce que la représentation diplomatique ne l'a pas informée de l'existence de l'AVS/AI facultative (ATF 114 V 1 consid. 4). Le Tribunal fédéral n'a d'ailleurs reconnu l'existence de circonstances extraordinaires qu'à de très rares reprises, par exemple dans le cas d'un ressortissant suisse en captivité en Russie (ATF 97 V 213 consid. 2 et les réf. cit. ; arrêt du TAF C-2787/2018 du 30 juin 2020 consid.

E. 6.6

Il convient encore de rappeler qu'en matière d'assurance-vieillesse, il y a une application stricte du principe de la légalité : la législation est impérative et exhaustive (PIERRE-YVES GREBER/BETTINA KAHIL- WOLFF/GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY/ROMOLO MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, p. 25 ch. 38). Le texte légal est clair et soumet la qualité d'assuré au sens des art. 1a et 2 LAVS, ainsi que l'adhésion à l'AVS/AI facultative à des conditions précises.

E. 7.1

En l'occurrence, les parties ne contestent pas que la recourante est sortie de l'assurance obligatoire dès la fin du mois d'octobre 2017, soit à partir du moment où elle a quitté la Suisse (cf. réponse de l'autorité inférieure du 8 novembre 2022 [TAF pce 15 p. 2] et mémoire de recours du 16 juin 2022 [TAF pce 1 p. 8]). Le Tribunal constate en particulier que le départ pour la République démocratique du Congo en date du 1er novembre 2017 a été confirmé par la commune de E._____ (cf. courriel à l'attention de la CSC du 19 janvier 2022 [CSC pce 5]), ce qui est incontesté par les parties. Etant domiciliée à l'étranger dès le 1er novembre 2017 – ce que la recourante mentionne expressément dans le formulaire d'adhésion à l'assurance facultative du 12 janvier 2022 (CSC pce 1 p. 2 ; cf. aussi p. 13 du mémoire de recours) – l'intéressée n'est plus obligatoirement assurée au système de sécurité sociale suisse depuis cette date (cf. art. 1a LAVS [ci-dessus, consid. 6.2]). En effet, à défaut de domicile et d'activité lucrative en Suisse, la recourante n'est pas assurée – depuis le 1er novembre 2017 – sur la base de l'art. 1a al.1 let. a et b LAVS. Par ailleurs, C._____ ne fait pas partie des organisations citées à l'art. 1a al. 1 let. c ch. 2 et 3 LAVS, ce que les parties ne soutiennent par ailleurs pas. Sur ce point et par surabondance, il sied de préciser que l'association précitée tombait sous le coup de l'art. 1a al. 1 let. c ch. 3 LAVS avant la période litigieuse, soit avant le 1er novembre 2017, mais pas à partir de cette date et jusqu'à la décision entreprise (cf. Directives de l'OFAS sur l'assujettissement aux assurances AVS et AI [DAA], ch. 3096).

E. 7.2

Par ailleurs, la recourante est de nationalité suisse et n'habite pas, dès la sortie de l'assurance obligatoire, en Suisse ni dans un pays membre de l'UE ou de l'AELE. Aussi, immédiatement avant la sortie de l'assurance obligatoire, soit lors du départ de la Suisse en date du 1er novembre 2017 (CSC pce 5), l'intéressée était domiciliée en Suisse – et donc assurée à l'AVS/AI suisse (cf. art. 1a al. 1 let. a LAVS [ci-dessus, consid. 6.2]) –, à I._____ du 12 juillet 1997 au 30 septembre 2016 (cf. attestation de la commune précitée du 19 janvier 2022 [CSC pce 4 p. 3]) et à E._____ du 1er octobre 2016 au 31 octobre 2017 (CSC pce 5 p. 1).

E. 7.3

Sur le vu de ce qui précède, la recourante pouvait demander d'être affiliée à l'assurance facultative à compter du 1er novembre 2017, les conditions de l'art. 2 al. 1 LAVS étant remplies (cf. ci-dessus, consid. 6.3). Or, comme le reconnaît la recourante (cf. p. 8 du mémoire de recours), sa demande d'adhésion du 12 janvier 2022 est tardive, dès lors qu'elle n'a pas été déposée dans le délai d'un an à compter de la sortie de l'assurance obligatoire, soit avant le 1er novembre 2018 (cf. art. 8 al. 1 OAF [ci-dessus, consid. 6.4]). Reste à examiner si la recourante peut être suivie lorsqu'elle fait valoir sa bonne foi (cf. p. 8 ss du mémoire de recours), étant précisé que, contrairement à ce que semble suggérer l'intéressée (cf. p. 17 s. du mémoire de recours), l'art. 11 OAF (« circonstances extraordinaires », cf. ci-dessus, consid. 6.5), ne lui est d'aucun secours, dès lors que la disposition légale précitée n'aurait permis que de prolonger le délai au 1er novembre 2019, soit à une date antérieure à la demande d'affiliation du 12 janvier 2022.

E. 8.1.1

Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst., les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'Etat, consacré à l'art. 9 Cst. (ATF 147 IV 274 consid. 1.10.1 et la réf.). Le principe de la bonne foi protège le justiciable, à certaines conditions, dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 141 V 530 consid. 6.2, 131 II 627 consid. 6.1). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erroné(e) de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (1) l'autorité soit

C-2944/2022 Page 11 intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (2) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (3) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (4) que l'administré 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, (5) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée et (6) que l'intérêt à l'application du droit n'apparaisse pas prépondérant (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2, 137 I 69 consid. 2.5.1 ; arrêt du TF 8C_579/2021 du 27 janvier 2022 consid. 4.1).

E. 8.1.2

La jurisprudence relative à la protection de la bonne foi susmentionnée s'applique également par analogie lorsqu'une information n'est pas fournie en violation d'une disposition légale ou alors qu'elle était requise au vu des circonstances particulières du cas d'espèce (ATF 124 V 221, 113 V 71 consid. 2, 112 V 120 consid. 3b ; ARV 2003 p. 127 consid. 3b, 2002 p. 115 consid. 2c, 2000 p. 98 consid. b ; cf. également MEYER-BLASER, Die Bedeutung von Art. 4 der Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht in : ZSR NF 111 [1992] II p. 299 ss et p. 412 s.). La troisième condition doit être comprise en ce sens qu'un traitement dérogeant au droit matériel peut être envisagé lorsque la personne ne connaissait pas le contenu des informations qui n'ont pas été fournies ou si ce contenu était tellement évident qu'elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir d'autres informations (arrêts du Tribunal fédéral des assurances C 113/02 du 13 août 2003 et C 94/95 du 21 août 1995). La quatrième condition signifie en substance que la personne, faute d'avoir été informée, a omis de prendre des dispositions qui ne peuvent être rattrapées sans inconvénient. La question est donc de savoir si l'administré a pris, en se fondant de bonne foi sur l'exactitude des informations reçues, des dispositions qui ne peuvent être annulées sans inconvénient ou s'il a omis, faute d'informations, de prendre des dispositions qui ne peuvent être prises ou ne peuvent l'être sans inconvénient (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 85/06 du 16 octobre 2006 consid. 3.2). Ces règles s'appliquent de la même manière en cas de manquement au devoir de conseil au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA (ATF 131 V 480 consid. 5 avec renvoi ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 141/05 du 27 mars 2006 consid. 5.1).

E. 8.1.3

En vertu de l'art. 27 al. 2 LPGA, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le but de l'obligation de conseil est de permettre à la personne concernée de se comporter de manière à ce

C-2944/2022 Page 12 que les conséquences juridiques prévues par le législateur dans la disposition légale pertinente se réalisent (ATF 131 V 472 consid. 4.3, p. 478 ; arrêt du TF I 714/06 du 20 avril 2007 consid. 4.1 ; ULRICH MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG in : René Schaffhauser/Franz Schlauri [édit.], Sozialversicherungsrechtstagung 2006, p. 9 ss, en particulier p. 14 et 25). Cependant, l'administration n'est pas obligée, même au regard de l'art. 27 al. 2 LPGA, de mettre à disposition des juristes pour examiner immédiatement les requêtes déposées sous l'angle juridique et fournir au recourant des conseils juridiques détaillés (cf. arrêt du TF 8C_362/2021 du 24 novembre 2021 consid. 7.2.2). Par ailleurs, le conseil doit en principe être fourni à la demande de la personne concernée ou sans demande préalable si l'assureur constate un besoin correspondant (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1). Selon l'ATF 131 V 472 consid. 4.3 précité, l'obligation de conseiller vise à attirer l'attention des personnes concernées sur le fait qu'un certain comportement peut compromettre l'une des conditions du droit aux prestations. Il s'agit notamment d'agissements tels que le dépôt d'une demande en temps utile ou le respect de l'obligation de réduire le dommage. Le devoir d'informer n'est toutefois pas illimité : on ne peut exiger d'un assureur qu'il informe de manière plus générale et plus prévisible que nécessaire sur toutes les éventualités (arrêt du TF 8C_220/2021 du 12 mars 2021 consid. 5.1 et les réf. cit.).

E. 8.1.4

Selon une jurisprudence constante (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 p. 346 ; 131 V 472 consid. 5 p. 480), le non-respect ou le respect insuffisant de l'obligation de conseil prévue à l'art. 27 al. 2 LPGA équivaut à une information erronée fournie par l'assureur. Ce dernier doit en répondre, conformément au principe de la bonne foi, pour autant que toutes les conditions de la protection de la confiance légitime soient remplies (ATF 143 V 341 consid. 5.2.1 p. 346 ; arrêts du TF 8C_127/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3, 8C_332/2011 du 11 octobre 2011 consid. 5.1.3 avec renvoi).

E. 8.1.5

Si l'autorité omet de fournir une information, contrairement à la loi ou au regard des circonstances particulières, et si un administré agit ensuite de manière contraire à ses obligations, il convient, par analogie avec la jurisprudence relative à la communication d'informations inexacts, d'examiner si cette personne pouvait légitimement supposer que son comportement ne lui causerait aucun préjudice juridique. Cela présuppose notamment qu'elle ne connaissait pas le contenu de l'information omise à tort et qu'elle ne pouvait ni devait le connaître, parce qu'il n'était pas évident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 272/05 du 13 décembre 2005 consid. 3.2.3 et les réf. cit.).

C-2944/2022 Page 13

E. 8.1.6

De surcroît, il doit exister un motif suffisant pour justifier le devoir d'information de l'assureur, ce qui est le cas lorsque celui-ci, avec un degré d'attention moyen, peut reconnaître que la personne assurée est susceptible de compromettre ses droits à des prestations par un comportement déterminé (action ou omission ; ATF 133 V 257 consid. 7.2 p. 258 s. ; U. MEYER, op. cit. p. 25 ss). Aussi, on ne peut attendre que soient communiquées des informations pouvant être considérées comme étant de notoriété publique (arrêt du TF 9C_894/2008 du 18 décembre 2008 consid. 3.2). D'une manière générale, on doit également exiger des personnes concernées un minimum d'attention et de réflexion, que ce soit dans le cadre d'une procédure en cours ou pour préserver des droits à des prestations qui naîtront ultérieurement (arrêt du TF 9C_1005/2008 du 5 mars 2009 consid. 3.2.2 et les réf. cit.). Par ailleurs, tant que l'assureur ne peut pas, en faisant preuve d'une attention moyenne, reconnaître que la situation d'une personne assurée est susceptible de compromettre son droit aux prestations, il n'est pas tenu de la conseiller (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

E. 8.2.1

La recourante allègue en particulier avoir eu toutes les raisons de croire, de bonne foi, que sa situation vis-à-vis de l'AVS était en ordre, ayant rempli le formulaire requis par la caisse cantonale (cf. ci-dessus, let. B.a), et avoir pensé que cette dernière avait correctement transmis son formulaire à la bonne autorité (cf. p. 12 du mémoire de recours). En outre, la recourante précise que, au printemps 2018, elle s'est renseignée auprès des ressources humaines de son employeur, C._____, qui l'ont informée, par téléphone, que C._____ n'était pas soumis à l'AVS. Et l'intéressée d'ajouter que, à la suite de cet entretien téléphonique, elle a entrepris toutes les démarches nécessaires pour régulariser sa situation (cf. p. 2 de la réplique). La recourante indique par ailleurs que, compte tenu des démarches qu'elle a effectuées et des formulaires qu'elle a remplis, la caisse cantonale ne pouvait que comprendre l'intention de l'intéressée, soit de ne pas perdre ses droits, et aurait dû l'informer de l'existence de l'assurance facultative (p. 6 de la réplique).

E. 8.2.2

De son côté, l'autorité inférieure précise en particulier ne pas avoir constaté d'informations erronées qui auraient été données à l'intéressée dans le cadre d'une demande spécifique de renseignements, ni sur l'assujettissement à l'AVS/AI obligatoire ni sur l'adhésion à l'AVS/AI facultative, qui relève de la compétence de la CSC (cf. ci-dessus, let. C.d et p. 3 de la réponse de cette dernière). Aussi, la Caisse souligne que, la deuxième demande déposée par la recourante (demande d'affiliation pour les salariés

C-2944/2022 Page 14 dont l'employeur n'est pas soumis à l'AVS [cf. ci-dessus, let. B.b]) étant restée sans suite, la recourante ne pouvait pas déduire du dépôt de cette demande qu'elle avait été affiliée après le 31 octobre 2017. En particulier, aux yeux de la Caisse, aucun document ne permettait de confirmer une éventuelle affiliation après cette date (p. 3 de la réponse).

E. 8.3.1

Le Tribunal constate que – comme l'indique par ailleurs la CSC dans la décision entreprise (cf. ci-dessus, let. B.e) – la recourante a déposé, en 2018, deux demandes d'affiliation à l'assurance obligatoire, une première en tant que personne sans activité lucrative et une deuxième, sur conseil de la caisse cantonale, en qualité de salariée dont l'employeur n'est pas soumis à l'AVS (cf. ci-dessus, let. B.a s.). Quoi qu'en dise l'autorité inférieure – qui reproche à l'intéressée de ne pas avoir formulé de questions précises en lien avec sa situation (cf. ci-dessus, let. C.d) – la recourante a clairement manifesté son intention de rester affiliée au système de sécurité sociale suisse à la suite de son départ pour la République démocratique du Congo. Aussi, le Tribunal retient que la recourante s'est adressée à une caisse de compensation compétente en matière d'assurance obligatoire – ce que la CSC ne conteste pas –, exposant sa situation, étant rappelé que le deuxième formulaire indiquait clairement l'exercice d'une activité lucrative auprès de C. _____ en République démocratique du Congo (cf. ci-dessus, let B.b ; CSC pce 18 p.4).

E. 8.3.2

Compte tenu de ce qui précède, la caisse de compensation cantonale est bel et bien intervenue dans une situation concrète à l'égard d'une personne déterminée. Or, l'autorité inférieure estime que la caisse cantonale n'est pas intervenue dans son domaine de compétence, l'assurance facultative étant du ressort de la CSC (cf. ci-dessus, let. C.d). L'autorité précédente se méprend. Dans son courrier du 4 mai 2018 (cf. ci-dessus, let. B.a), la caisse cantonale invite explicitement l'intéressée à remplir une demande d'affiliation conformément à l'art. 6 LAVS, soit un formulaire qui concerne les assurés dont l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations (cf. teneur de la disposition légale précitée). Le formulaire en question s'adresse donc aux personnes assurées. En effet, sont considérés comme salariés dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser, les personnes qui : - exercent une activité en Suisse pour le compte d'employeurs ayant leur siège à l'étranger (hors UE/AELE) ou pour des employeurs ayant leur siège en Suisse qui sont libérés du paiement des cotisations (par ex.

C-2944/2022 Page 15 missions diplomatiques ou organisations internationales avec un accord de siège) ; - sont domiciliées en Suisse, mais exercent leur activité dans un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale et pour le compte d'employeurs ayant leur siège à l'étranger ; - ont adhéré volontairement à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 1a al. 4 let. a ou b LAVS (cf. UELI KIESER,

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum AHVG, 4e éd. 2020, p. 153 ad art. 6 LAVS ; Directives de l'OFAS pour l'application de la loi sur les allocations familiales LAFam [DAFam], ch. 501.1 et Message du Conseil fédéral du 3 décembre 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, FF 2011 524). En somme, l'autorité inférieure a demandé à la recourante de remplir un formulaire concernant des salariés assurés à l'AVS. Ainsi, en ne remettant nullement en question la qualité d'assurée de la recourante, la CSC est intervenue dans son domaine de compétence. Une caisse de compensation AVS qui fait faussement croire à une personne qu'elle est assurée à l'assurance obligatoire alors qu'elle ne l'est pas, agit bel et bien dans son domaine de compétence, étant précisé que la CSC reconnaît que la Caisse cantonale G._____ de compensation est compétente en matière d'assurance obligatoire (cf. duplicata du 14 février 2023 [TAF pce 24]).

E. 8.3.3

Par ailleurs, lorsqu'elle a réceptionné le formulaire en question et le contrat de travail entre C._____ et l'intéressée (cf. ci-dessus, let. B.b), la caisse cantonale ne pouvait pas ne pas se rendre compte que cette dernière travaillait en République démocratique du Congo depuis novembre 2017. En effet, à la page 2 du formulaire, la recourante a clairement écrit que le pays d'exercice de l'activité est la République démocratique du Congo, ce qui est également indiqué dans le contrat de travail signé par l'intéressée le 19 septembre 2017 (cf. par. 2 et 4). De surcroît, dans son courrier du 24 juillet 2018 (cf. ci-dessus, let. B.c), la caisse cantonale se réfère explicitement au « départ au Congo » en date du 31 octobre 2017. Devant de telles circonstances, la caisse cantonale G._____ de compensation – qui doit notamment veiller à l'affiliation de toutes les personnes tenues de payer des cotisations (cf. art. 63 al. 2 LAVS) – ne pouvait pas faire croire à la recourante qu'elle conserverait son statut d'assurée en quittant la Suisse pour aller travailler hors UE/AELE. Une caisse qui applique l'assurance obligatoire se doit d'informer une personne qui la contacte pour rester affiliée au système de sécurité sociale suisse qu'elle n'est pas

C-2944/2022 Page 16 soumise à l'assurance obligatoire, étant au demeurant souligné que le devoir de renseigner incombant aux organes d'exécution des assurances sociales ancré à l'art. 27 al. 1 LPGA doit être interprété de manière large (GUY LONGCHAMP in : ANNE-SYLVIE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire, 2018, no 12 ad art. 27 LPGA). De par son comportement – soit en requérant l'envoi d'un formulaire destiné à des personnes assurées à l'AVS (cf. consid. ci-dessus) et en transmettant dit formulaire à la caisse de compensation compétente aux yeux de la caisse cantonale –, cette dernière a conforté la recourante dans l'idée erronée qu'elle n'allait pas perdre la qualité d'assurée, et ce malgré l'exercice d'une activité lucrative en Afrique. C'est ainsi à tort que l'autorité précédente souligne que la recourante ne pouvait déduire une affiliation au système de sécurité sociale suisse au-delà du 31 octobre 2017 (cf. réponse du 8 novembre 2022), et ce en raison notamment du fait qu'aucune suite n'avait été donnée à sa demande d'affiliation en tant que salariée dont l'employeur n'est pas soumis à l'AVS. En effet, à la suite du dépôt de la demande précitée, la caisse cantonale en a accusé réception et n'a accompli qu'une simple formalité, en transmettant dit formulaire à une autre caisse de compensation compétente aux yeux de la première, faisant ainsi croire à l'intéressée qu'elle allait rester assurée à l'AVS (cf. courrier de la caisse cantonale du 6 juillet 2018). Pouvant ainsi de bonne foi se croire valablement assurée au système de sécurité sociale suisse, la recourante n'avait aucune raison pour

entreprendre d'autres démarches pour ne pas perdre sa qualité d'assurée. Le simple fait que la Caisse de compensation de la H._____ affirme, presque 4 ans plus tard (cf. son courrier du 10 mai 2022 [CSC pce 22 p. 1]), ne jamais avoir reçu le formulaire en question (cf. ci-dessus, let. C.d) n'enlève rien à la confiance que l'intéressée avait accordée à l'agissement de la caisse cantonale.

E. 8.3.4

Sur le vu de ce qui précède et contrairement à ce que suggère l'autorité inférieure (cf. duplicata du 14 février 2023), la recourante n'essaie pas de tirer avantage de sa méconnaissance du droit, mais invoque son droit à la protection de la bonne foi, celle-ci s'étant fiée au comportement adopté par la caisse cantonale, sans pouvoir se rendre immédiatement compte que, contrairement à ce que laissait entendre cette dernière, elle perdrait son statut d'assurée dès son départ de Suisse.

E. 8.3.5

Ainsi, en n'entreprenant pas les démarches nécessaires pour s'affilier auprès de l'assurance facultative, et ce en raison d'un comportement non conforme au devoir de renseigner d'un organe d'exécution de la LAVS, la recourante a subi un préjudice, sa demande ayant été rejetée car tardive. De surcroît, la réglementation en la matière n'a pas changé depuis le

C-2944/2022 Page 17 moment où la caisse cantonale a fait croire à la recourante qu'elle ne perdrait pas son statut d'assurée en quittant la Suisse, et l'intérêt privé de celle-ci à pouvoir s'affilier facultativement au système de sécurité sociale helvétique, avec tous les avantages dont elle pourrait bénéficier si des prestations sociales devaient entrer en ligne de compte, prévaut sur l'intérêt public à l'application du droit.

E. 8.3.6

Sur le vu de ce qui précède, le principe de la bonne foi doit être respecté, si bien que c'est à tort que l'autorité inférieure a rejeté la demande d'adhésion à l'assurance facultative du 12 janvier 2022 de la recourante qui, se croyant assurée malgré avoir élu domicile en République démocratique du Congo depuis novembre 2017 – et ce sur la base du comportement d'un organe d'exécution de la LAVS –, a déposé sa demande tardivement, soit lorsqu'elle a appris de l'existence de l'assurance facultative par le biais d'une amie (cf. p. 13 du mémoire de recours). L'assurance facultative étant une assurance de pure continuité (cf. ci-dessus, consid. 6.4), la recourante a continué à rester affiliée – de manière facultative – au système de sécurité sociale suisse, immédiatement après la sortie de l'AVS/AI obligatoire, soit dès le 1er novembre 2017.

E. 9

Ainsi, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la demande d'adhésion à l'assurance facultative de la recourante est acceptée. Pour le surplus, la cause est renvoyée à l'autorité inférieure pour qu'elle procède au calcul des cotisations dues par la recourante à partir du 1er novembre 2017.

E. 10.1

Vu l'issue du litige, et dans la mesure où aucun frais de procédure n'est mis à la charge de l'autorité inférieure, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA). L'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante lui sera remboursée dès l'entrée en force du

présent arrêt, sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal administratif fédéral.

E. 10.2

En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce toutefois, dans la mesure en particulier où la recourante

C-2944/2022 Page 18 n'est pas représentée par un mandataire professionnel, le Tribunal peut renoncer à allouer des dépens, étant précisé que l'intéressée n'en réclame pas (art. 7 al. 4 FITAF).

C-2944/2022 Page 19

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.