

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 318 vom 14. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_318](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__318)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 318 du 14 mai 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 318 del 14 maggio 2019

### Regeste

PERSONNE RETRAITÉE, RÉSIDENCE PRINCIPALE, FRANCE, SOINS MÉDICAUX | 8 ALCP, 23 CC, 13 LPGA, 11 Règl. 883/2004

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.05.2019 Arrêt / 2019 / 318

PERSONNE RETRAITÉE, RÉSIDENCE PRINCIPALE, FRANCE, SOINS MÉDICAUX | 8 ALCP, 23 CC, 13 LPGA, 11 Règl. 883/2004

TRIBUNAL CANTONAL AM 43/17 - 20/2019 ZE17.032026 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 14 mai 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Brélaz Braillard ,  
présidente Mme Durussel, juge et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme  
Rochat \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_ , p.a. Etude Pascal Stouder, Route de  
Cossonay 192, 1020 Renens, recourant, et S. \_\_\_\_\_ , à (...), intimée. \_\_\_\_\_  
Art. 13 LPGA ; art. 23 CC ; art. 8 ALPC ; art. 2, 3, 11 et 24 du règlement (CE) n° 883/2004  
A. T. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité suisse, est  
inscrit en résidence principale dans la commune de Saint-George depuis le [...], avec  
adresse de correspondance à l'étude de [...], agent d'affaires, à [...]. Il est assuré pour  
l'assurance obligatoire des soins auprès S. \_\_\_\_\_ (ci-après : S. \_\_\_\_\_ ou l'intimée). Le  
montant de la prime 2015 lui a été communiqué par courrier du 2 octobre 2014 à l'adresse  
suivante: [...], en France. Le 7 juillet 2015, le Contrôle des habitants de [...] a confirmé à  
S. \_\_\_\_\_ que l'adresse actuelle de l'assuré était toujours celle de [...], avec adresse de  
correspondance à l'étude de [...]. Par appel téléphonique du 27 juin 2016, l'assuré s'est  
renseigné auprès de S. \_\_\_\_\_ sur la prise en charge d'une intervention chirurgicale de la  
prostate prévue le 29 juin 2016 en France. Il ressort de compte-rendu de l'entretien  
téléphonique échangé avec l'assuré les éléments suivants : " Il est en France car résidence  
secondaire et va se faire opérer le 29 de la prostate il voulait savoir comment on allait payer  
→ vu avec FAE traitement volontaire → refus → il est pas d'accord car il vit là-bas la  
moitié de l'année et que S. \_\_\_\_\_ a toujours payé les factures de France il a déjà des  
factures et veut être remboursé → je lui dit de faire un courrier en expliquant sa situation et  
qu'on allait lui répondre → ok il va écrire." Le 9 janvier 2017, S. \_\_\_\_\_ a comptabilisé  
49 factures en provenance de France pour un montant total de 13'130 fr. 25 (12'085 EUR).  
Le 10 janvier 2017, S. \_\_\_\_\_ a établi un premier décompte de prestations n°359902394  
mentionnant la prise en charge de frais de pharmacie en déduction de la franchise annuelle  
de 500 francs. Le 11 janvier 2017, S. \_\_\_\_\_ a établi deux autres décomptes de  
prestations, soit le n°359861413 mentionnant la prise en charge de dépenses de pharmacie  
et de laboratoire en déduction de la franchise annuelle, ainsi que le décompte n°359861426  
mentionnant le remboursement d'un montant de 608 fr. 80 après déduction des

participations légales annuelles, pour les soins dispensés en 2016. A la demande de S. \_\_\_\_\_, l'assuré lui a communiqué un lot de pièces relatif aux soins médicaux reçus en France, dont une fiche Info-Patient concernant l'intervention chirurgicale du 29 juin 2016, un bulletin d'hospitalisation de la Clinique [...] suite à l'hospitalisation du 29 juin au 2 juillet 2016, une ordonnance médicale du 2 juillet 2016 établie par le Dr [...], un bulletin de situation du Centre hospitalier de [...] suite à une admission aux urgences le 19 octobre 2016, un bulletin d'hospitalisation de la Polyclinique de [...] suite à une hospitalisation du 19 au 25 octobre 2016, et une facture du 16 décembre 2016 de la polyclinique de [...]. Le 22 février 2017, l'assuré a encore communiqué le rapport opératoire ainsi que le rapport de sortie de son hospitalisation du 29 juin au 2 juillet 2016. Par décision de reconsidération du 11 avril 2017, S. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'il refusait de prendre en charge les traitements médicaux figurant sur les décomptes de prestations n° 359902394 du 10 janvier 2017, n°359861413 et n° 359861426 du 11 janvier 2017 ainsi que sur le décompte n° 365433162 du 17 février 2017. Il a rappelé à l'assuré qu'il n'était tenu au remboursement que des prestations obligatoires fournies en Suisse par des fournisseurs de prestations admis, des exceptions à ce principe existant lors de séjours temporaires à l'étranger. En l'occurrence, S. \_\_\_\_\_ avait constaté qu'il était uniquement en possession de factures provenant de la France, ce qui lui permettait de dire qu'aucun retour en Suisse n'avait eu lieu depuis plusieurs années. De ce fait, il ne s'agissait plus d'un séjour temporaire à l'étranger et il n'était pas tenu au remboursement des factures de soins françaises. S. \_\_\_\_\_ a établi des décomptes de prestations rectificatifs 2015 et 2016 (n°369294237 et n°369294281) le 18 avril 2017, mettant à charge de l'assuré les factures de soins prises en compte par décomptes de prestations des 10 janvier 2017 (n° 359902394) et 11 janvier 2017 (n°359861413 et n°359861426). S. \_\_\_\_\_ a établi un décompte de prestations 2016 n°369297658 par lequel il a refusé de prendre en charge neuf autres factures de soins et de pharmacie, pour la période courant de juin à décembre 2016, pour un montant total de 11'487 fr. 80. Le 28 avril 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de reconsidération du 11 avril 2017 et conclu à la prise en charge par S. \_\_\_\_\_ de « toutes les factures ». En substance, il a exposé que S. \_\_\_\_\_ était informé de son domicile en résidence secondaire en France, qu'il résidait chez sa femme, que ses séjours en Suisse étaient de très courte durée (souvent pour des formalités administratives urgentes), qu'il n'avait pas de domicile en Suisse ni de famille et que ses hébergements en Suisse se passaient soit chez des amis, soit à l'hôtel. Dans ces conditions, il avait décidé de se faire soigner en France. Par décision sur opposition du 30 juin 2017, S. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du 28 avril 2017 et confirmé la décision de reconsidération du 11 avril 2017. B. Par acte du 17 juillet 2017, T. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 30 juin 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu au remboursement par l'intimée de ses frais médicaux ainsi qu'à une indemnité pour tort moral. Il a rappelé en substance qu'il n'avait pas de domicile en Suisse, que l'intimée était informée de ses séjours fréquents en France, qu'elle avait remboursé des frais médicaux en 2013 et 2014, qu'elle avait admis dans un premier temps la prise en charge de frais médicaux pour la période 2015 à 2016 avant de se rétracter et qu'elle ne l'avait jamais informé d'une manière explicite que les soins reçus en France risquaient ne pas être remboursés. Par réponse du 2 octobre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 30 juin 2017. Elle a constaté que l'assuré s'était constitué un domicile en France. De ce fait, les traitements en France ne pouvaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, l'assurance n'étant tenue qu'au remboursement des

prestations obligatoires fournies en Suisse (principe de territorialité). Les éventuels traitements dispensés en France durant les années 2013 et 2014 avaient été pris en charge à tort, pour ces mêmes motifs. Cela étant, S. \_\_\_\_\_ renonçait à réclamer le remboursement des montants versés pour cette période. Si un domicile en Suisse devait néanmoins être reconnu, la prise en charge des frais de traitement en France était soumise aux conditions de l'art. 36 al. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), à savoir l'urgence. A cet égard, l'intervention du 29 juin 2016, qui était planifiée d'avance, et les soins qui avaient suivi n'avaient aucun caractère d'urgence. En définitive, c'était à juste titre que S. \_\_\_\_\_ avait refusé de prendre en charge les factures relatives aux traitements suivis en France du 27 janvier 2015 au 17 décembre 2016 pour un montant de 13'130 fr. 25. Par courrier du 24 juillet 2018, la Juge instructrice en charge du dossier a invité le recourant à lui faire parvenir tout document attestant du versement d'une rente de vieillesse suisse en sa faveur, et établissant également la date du début de son versement. Il était également invité à indiquer s'il percevait une rente d'un pays membres de l'Union européenne (UE). Le recourant a donné suite à cette demande le 2 août 2018, indiquant qu'il était au bénéfice d'une rente AVS depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008. A l'appui de son courrier, il a produit notamment les documents suivants : - un courrier du 24 avril 2008 établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS lui reconnaissant le droit à une rente AVS à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008 ; - une attestation fiscale pour l'année 2017 établie par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS confirmant le montant de la rente de vieillesse perçue pour l'année 2017 à hauteur de 24'348 francs. Par courrier du 7 août 2018, la Juge instructrice a informé les parties qu'un examen succinct du dossier laissait apparaître que le cas pouvait devoir être apprécié sous l'angle de l'accord sur la libre circulation des personnes [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)] et du règlement 883/2004 (Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1). Les parties étaient invitées à se déterminer sur ce point dans un délai au 10 septembre 2018. Par courrier du 20 août 2018, le recourant a indiqué qu'il ne s'opposait pas à ce que le cas soit examiné sous l'angle du droit communautaire. Cela étant, il rappelait qu'il payait ses impôts en Suisse et que tous ses papiers, y compris son permis de conduire, étaient suisses. Au surplus, il a répété les éléments déjà évoqués dans le cadre de son recours. L'intimée n'a pas donné suite au courrier de la Juge instructrice du 7 août 2018, dans le délai prolongé au 1<sup>er</sup> octobre 2018.

**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 est recevable. c) Nonobstant une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, conformément aux art. 94 al. 3 LPA-VD et art. 37 al. 1 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1). 2. 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 27 janvier 2015 au 17 décembre 2016. La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité pour tort moral est irrecevable. Il n'appartient pas au juge des assurances sociales de statuer sur une telle indemnité, matière qui est de la compétence du juge civil (art. 49 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]).

3. a) Pour déterminer si le litige doit être examiné au regard des seules règles de droit national ou sous l'angle du droit international par le biais de 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 (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP ; RS 0.1.142.112.681), il s'agira en premier lieu de déterminer le lieu de domicile du recourant.

b) En droit des assurances sociales, la notion de domicile est régie par l'art. 13 al. 1 LPGa, lequel renvoie aux art. 23 à 26 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210). Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile comporte donc deux éléments: l'un objectif, la résidence dans un lieu donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer. La jurisprudence (ATF 127 V 237 consid. 1; 125 V 76 consid. 2a ; 120 III 7 consid. 2a) ne se fonde toutefois pas sur la volonté intime de l'intéressé, mais sur l'intention manifestée objectivement et reconnaissable pour les tiers. Le statut de la personne du point de vue de la police des étrangers, des autorités fiscales ou des assurances sociales, le dépôt des papiers d'identité, ou encore les indications figurant dans des jugements et des publications officielles ne sont pas décisifs ; ces éléments constituent néanmoins des indices sérieux en ce qui concerne l'intention de s'établir (ATF 125 III 100 consid. 3). Toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (art. 24 al. 1 CC). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (ATF 125 III précité ; TFA P 5/05 du 6 janvier 2006).

c) En l'occurrence, comme l'a constaté l'autorité intimée (cf. notamment décision de reconsidération du 11 avril 2017 et réponse du 2 octobre 2017), le domicile du recourant est en France. Certes, il est inscrit en résidence principale dans la commune de [...]. Cela étant, il a vendu sa maison sise dans cette même commune en décembre 2012 et n'est plus atteignable à l'adresse de son ancienne demeure depuis lors. Le Contrôle des habitants a précisé à cet égard que l'adresse de correspondance était celle de l'agent d'affaires Pascal Stouder, à Renens. Cette adresse n'est à l'évidence pas celle de son lieu de résidence. Le recourant a par ailleurs expliqué, dans le cadre de la procédure d'opposition, que ses séjours en Suisse étaient de très courte durée, qu'il n'avait plus de domicile ni de famille en Suisse et qu'il logeait chez des amis ou à l'hôtel lorsqu'il se rendait dans ce pays. Il a en revanche invité S. \_\_\_\_\_, dès 2013, à lui communiquer sa correspondance à l'adresse de sa compagne, à [...], en France, où il dit vivre en résidence secondaire. C'est aussi à cet endroit qu'il a choisi de demeurer lorsqu'il a souffert de la prostate, nécessitant une intervention chirurgicale et un suivi sur plusieurs mois. Au vu de ces éléments, il y a lieu de considérer que [...], en France, constitue le lieu avec lequel le recourant a les relations les plus étroites, puisque non seulement il y séjourne à l'année, hormis quelques passages en Suisse pour des formalités administratives urgentes, mais que par ailleurs il ressort de ses différentes explications qu'il n'a plus de lien avec la Suisse. D'un point de vue temporel, on peut

également retenir que le recourant était domicilié en France durant la période litigieuse, soit de janvier 2015 à décembre 2016, puisqu'il a demandé à S. \_\_\_\_\_ de lui communiquer sa correspondance en France en 2013 déjà.

4. a) L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ressortissant suisse, domicilié en France, est titulaire d'une rente de l'assurance-vieillesse suisse depuis 2008 (cf. courrier du 26 janvier 2009 établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation produite par le recourant dans le cadre de l'instruction du recours). Le litige doit dès lors être examiné à la lumière des dispositions de l'ALCP et des règlements auxquels il renvoie. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après : le règlement n° 883/2004) est applicable aux relations entre les parties (art. 2 du règlement n° 883/2004 par renvoi de l'art. 8 et de l'annexe II de l'ALCP), de même que le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; ci-après : règlement n° 987/2009).

b) En sa qualité de ressortissant de l'un des Etats membres de l'ALCP, le recourant, qui réside par ailleurs dans un Etat membre, entre dans le champ d'application personnel du règlement n° 883/2004 (art. 2 par. 1 du règlement n° 883/2004).

c) Le champ d'application matériel du règlement n° 883/2004 est déterminé à l'art. 3 par. 1, selon lequel le règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent : a. les prestations de maladie, b. les prestations de maternité et de paternité assimilées, c. les prestations d'invalidité, d. les prestations de vieillesse, e. les prestations de survivant, f. les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, g. les allocations de décès, h. les prestations de chômage, i. les prestations de préretraite et j. les prestations familiales. De manière générale, une prestation peut être considérée comme une prestation de sécurité sociale au sens de l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004 lorsqu'elle est octroyée, en dehors de toute appréciation individuelle et discrétionnaire des besoins personnels, au bénéficiaire sur la base d'une situation légalement définie et où elle se rapporte à l'un des risques expressément énumérés. Savoir si une prestation entre dans le champ d'application de l'art. 3 par. 1 du règlement ne dépend pas de la qualification qui est donnée par le droit interne, mais de ses éléments constitutifs, en particulier de son but et des conditions de son octroi. La prestation doit présenter un lien suffisant avec l'un des risques mentionnés exhaustivement à l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004 (ATF 144 V 2 consid. 5.2 ; 141 III 28 consid. 3.2.2 ; cf. ATF 138 V 392 consid. 4.3.1 et les arrêts cités de la Cour de justice des Communautés européennes). A ce titre, il n'est pas contestable que les prestations de soins dont le recourant réclame le remboursement au titre de la LAMal sont des prestations de maladie entrant dans le champ d'application matériel du règlement n° 883/2004.

5. a) S'agissant du droit applicable au présent cas, il doit également être déterminé à la lumière du règlement n° 883/2004, lequel met en place un système de coordination des différents régimes nationaux de sécurité sociale et établit, à son Titre II (art. 11 à 16), des règles relatives à la détermination de la législation applicable aux travailleurs qui se déplacent à l'intérieur des Etats membres. Celles-ci tendent notamment à ce que les personnes concernées soient soumises au régime de la sécurité sociale d'un seul Etat membre, de sorte que les cumuls des législations nationales applicables et les complications qui peuvent en résulter soient évités. Ce principe de l'unicité de la législation applicable trouve son expression, en particulier, à l'art. 11 par. 1 du règlement n° 883/2004 qui dispose que les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont

soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre ( ATF 142 V 192 consid. 3.1 ; 9C\_773/2016 du 12 janvier 2018). 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 soumise à la législation de cet Etat membre. Cette disposition consacre le principe de l'assujettissement à la législation du pays de l'emploi ( *lex loci laboris* ). Des règles particulières sont prévues pour les fonctionnaires (let. b), les personnes qui bénéficient de prestations de chômage (let. c) et celles qui sont appelées ou rappelées sous les drapeaux ou pour effectuer le service civil (let. d). Le principe général de la *lex loci laboris* connaît par ailleurs l'exception de l'art. 11 par. 3 let. e qui prévoit que, sous réserve des art. 12 à 16, les personnes autres que celles visées aux let. a à d dudit paragraphe, sont soumises à la législation de l'Etat membre de résidence, sans préjudice d'autres dispositions du présent règlement qui leur garantissent des prestations en vertu de la législation d'un ou de plusieurs autres Etats membres. b) En l'occurrence, le recourant n'entre pas dans les catégories de personnes visées à l'art. 11 par. 3 let. a à d du règlement n° 883/2004, mais dans celle prévue à la let. e. Il s'ensuit qu'il est soumis à la législation de son Etat de résidence, soit à la législation française, à moins que d'autres dispositions, générales ou particulières, du règlement ne lui garantissent des prestations en vertu de la législation d'un autre ou d'autres Etats membres (art. 11 par. 3 let. e du règlement). A cet égard, le Titre III du règlement n° 883/2004 contient des dispositions particulières aux différentes catégories de prestations et renferme plusieurs règles de rattachement qui peuvent déroger aux règles générales. Le chapitre premier de ce Titre III (art. 17-35 règlement n o 883/2004 « prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées ») vise à coordonner les régimes nationaux de sécurité sociale susceptibles d'intervenir en cas d'atteinte à la santé ou de maternité. Il a pour but, principalement, d'ouvrir l'accès aux soins de santé lorsqu'une personne se trouve dans une situation d'extranéité. Des règles particulières sont prévues pour les titulaires de pensions et les membres de leur famille aux art. 23 à 30 du règlement n° 883/2004. Il s'agit notamment de règles de conflit car il faut désigner l'Etat auquel incombe la charge des soins de santé procurés aux retraités. Ces règles visent entre autres le cas des retraités qui ont travaillé dans un seul Etat membre mais qui décident de passer la retraite dans un autre Etat membre. Ainsi, à teneur de l'art. 24 al. 1 du règlement, la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation d'un ou de plusieurs Etats membres, et qui ne bénéficie pas des prestations en nature selon la législation de l'Etat membre de résidence, a toutefois droit à de telles prestations, pour elle-même et pour les membres de sa famille, pour autant qu'elle y aurait droit selon la législation de l'Etat membre auxquels il incombe de servir une pension, si elle résidait dans l'Etat membre concerné. c) Il découle de ce qui précède que les rentiers sont assurés pour les soins au sein de l'Etat duquel ils reçoivent une rente (cf. également ATF V 127). Le règlement induit un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisque, en présence d'un rentier, le point de rattachement est le pays débiteur de la pension ou de la rente, alors que dans la LAMal, le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile (art. 3 al. 2 LAMal). Les règles de compétence en matière de soins dans le cadre d'une prise en charge transfrontalière sont aussi concrétisées dans la LAMal, respectivement dans l'OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). On rappellera dans ce contexte que le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence de l'art. 3 al. 3 LAMal, qui lui permet d'étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en introduisant l'art. 1 let. b OAMal. Au terme de cette disposition, sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat

membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnées à l'art. 95a, let. a, de la loi. Ainsi, le recourant, qui perçoit une rente de l'assurance-vieillesse suisse et qui est domicilié sur le territoire français, est soumis à la législation suisse qui prévoit l'obligation de l'assurer pour les soins. C'est par conséquent à juste titre que le recourant est assuré auprès d'une assurance-maladie suisse, à savoir en l'occurrence l'assureur S.\_\_\_\_\_. Ce dernier a par conséquent exclu à tort le recourant du champ d'application de l'assurance-maladie suisse. d) L'assureur-maladie ne peut pas refuser d'assurer le recourant au motif qu'il ne pratique pas l'assurance-maladie à l'étranger. A cet égard, on rappellera qu'au terme de l'art. 7 al. 3 LAMal, si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur. Cette disposition vise en particulier le cas de l'assuré qui est obligé de changer d'assureur en raison d'un transfert de résidence hors du rayon d'activité territorial de la caisse-maladie qui l'assurait jusqu'alors (9C\_931/2012 du 23 mai 2013, consid. 5 ; K 36/01 du 13 décembre 2001, consid. 2). L'art. 7 al. 5 LAMal dispose cependant que 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" (art. 7 al. 5 LAMal). En l'occurrence, selon la liste des assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, S.\_\_\_\_\_ a un rayon d'activité limité à la Suisse. En prenant sa résidence en France au sens de l'art. 24 du règlement n° 883/2004, le recourant est par conséquent sorti du rayon d'activité de la caisse-maladie S.\_\_\_\_\_. Cela étant, l'affiliation du recourant auprès de cet assureur n'a pas pris fin puisqu'il n'était pas assuré contre le risque maladie auprès d'un autre assureur. On relèvera enfin que le recourant n'a pas fait usage du droit d'option, instauré par la réglementation européenne, lui permettant sur demande d'être exempté de l'assurance-maladie obligatoire (art. 83 du Règlement n° 883/2004 et art. 2 al. 6 OAMal). En définitive, il n'existe au dossier aucun élément permettant à l'assureur-maladie S.\_\_\_\_\_ de se soustraire à son obligation d'assurer le recourant pour les soins en cas de maladie. 6. L'assuré étant soumis obligatoirement à l'assurance-maladie Suisse, il reste à déterminer dans quelle mesure et selon quels mécanismes les frais et soins médicaux qu'il a reçus en France doivent être pris en charge par l'assureur-maladie suisse. a) Pour les assurés retraités résidant dans un Etat de l'Union européenne qui sont obligatoirement assurés auprès de l'assurance suisse des soins, la prise en charge des soins (prestation en nature) dans leur Etat de résidence est régie par l'art. 24 al. 2 lit. a du règlement n° 883/2004. En vertu de cette disposition, le retraité bénéficie des prestations en nature dans l'Etat membre de résidence mais qui les sert alors pour le compte de l'Etat compétent (Bettina Kahil-Wolff, Droit social européen, 2017, n. 697 p. 425). Les Etats membres désignent des institutions qui interviennent dans la mise en œuvre des règles d'entraide ; ces organismes dits "de liaison" se chargent entre autres de la prise en charge des prestations octroyées aux personnes qui résident ou séjournent sur le territoire de l'Etat membre auquel ils appartiennent et du recouvrement des montants auprès des institutions compétentes pour ces personnes. En ce qui concerne le remboursement entre institutions, les règles de coordination posent le principe selon lequel les prestations en nature qui sont servies par un Etat membre (généralement l'institution du lieu de résidence ou de séjour) pour le compte de l'institution d'un autre Etat membre donne lieu à un remboursement intégral (art. 35 al. 1 règlement n° 883/2004), soit sur la base de justificatifs des dépenses, soit sur la base de forfaits (art. 35 al. 2 règlement n° 883/2004). Les Etats membres peuvent en outre convenir d'autres modes de remboursement ou

renoncer à tout remboursement (art. 35 al. 3 règlement n° 883/2004). L'art. 24 al. 1 et 3 du règlement n° 987/2009 dispose quant à lui que le retraité qui réside dans un Etat membre autre que l'Etat membre compétent est tenu de se faire inscrire auprès de l'institution du lieu de résidence. Son droit aux prestations en nature dans l'Etat membre de résidence est attesté par un document délivré par l'institution compétente à la demande de la personne assurée ou de l'institution du lieu de résidence. b) A cet égard, on observera que les parties n'ont pas agi conformément aux règles de coordination prévues par l'ALCP et ses règlements, ainsi que par le droit national suisse. Comme exposé ci-avant, il existe en effet un système d'entraide – auquel les parties n'ont visiblement pas recouru dans le cadre de leurs relations – qui permet aux personnes assurées auprès des caisses-maladie suisses d'avoir un accès aisé et garanti aux systèmes de santé des pays de l'UE et de l'AELE. Dans le cadre d'une coordination entre institutions, le traitement est entrepris sans devoir régler immédiatement les frais de traitement ou fournir de garanties de sécurité. En Suisse, c'est l'Institution commune LAMal qui est responsable de l'exécution de la coordination internationale de l'assurance-maladie conformément aux obligations internationales de la Suisse. Dans ce contexte, il revenait à l'assureur en particulier de délivrer au recourant une attestation (attestation S1 ou le formulaire E 121) et l'inviter à remettre ce document pour inscription à l'organisme d'assurance-maladie légale compétent (institution d'entraide) au sein de l'Etat de résidence. Si l'organisme compétent avait procédé à l'inscription, le recourant aurait eu droit à toutes les prestations médicales prévues au sein de l'Etat de résidence, son droit aux prestations étant ainsi identique à celui d'une personne assurée au sein de cet Etat. c) Conformément à l'art. 27 LPGA, qui prévoit l'obligation pour les assureurs de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations, il appartenait à l'assureur-maladie S. \_\_\_\_\_ d'informer le recourant du contexte d'assurance particulier dans lequel il se trouvait. Cette obligation de renseignements découle également de l'art. 22 par 1 du règlement n° 987/2009. En effet, selon cette dispositions, les autorités ou institutions compétentes veillent à ce que soient mises à la disposition des personnes assurées toutes les informations nécessaires concernant les procédures et les conditions d'octroi des prestations en nature lorsque ces prestations sont perçues sur le territoire d'un Etat membre autre que celui de l'institution compétente. Au vu du dossier et notamment des écritures de l'intimée, on peut néanmoins douter que l'assureur-maladie avait lui-même connaissance des informations qu'il aurait dû communiquer au recourant en application de l'ALCP et de ses règlements. En effet, l'intimée a traité le cas de l'assuré au regard du strict droit national, sans jamais se référer aux règles du droit communautaire alors qu'il n'ignorait pas le lieu de résidence du recourant. Supra ne s'est d'ailleurs pas déterminé lorsque la Juge instructrice en charge de la présente cause l'a informé qu'un examen succinct du dossier laissait apparaître que le cas pourrait devoir être apprécié sous l'angle de l'ALCP et de ses règlements (cf. courrier du 7 août 2018). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité 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. (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes

déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante, à savoir que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 8C\_320/2010 du 14 décembre 2010 consid. 5.2 ; 8C\_66/2009 du 7 septembre 2009 consid. 8.4, non publié in : ATF 135 V 339). d) En l'occurrence, l'assuré a manifestement méconnu son droit de bénéficier d'une prise en charge de ses soins médicaux par le biais des mécanismes de coordinations prévus par l'ALCP et ses règlements. Il ressort d'ailleurs de ses déclarations qu'il pensait - à tort - devoir être domicilié en Suisse pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-maladie. Mal renseigné, il a alors adopté un comportement préjudiciable, puisqu'il a avancé les frais médicaux à la place de l'organisme d'assurance-maladie légalement compétent au sein de l'Etat de sa résidence. Dans un tel contexte, la bonne foi de l'assuré doit être protégée et il appartiendra à l'assureur-maladie de prendre en charge les frais médicaux de l'assuré dans la même mesure que si la procédure des art. 24 al. 2 lit. a et 35 du règlement n° 883/2004 et les mécanismes de remboursement entre institutions en découlant avaient été respectés. A cet égard, l'art. 25 par. 5 du règlement n° 987/2009 dispose que si le remboursement des frais médicaux n'a pas été demandé directement auprès de l'institution du lieu de séjour, les frais exposés sont remboursés à la personne concernée par l'institution compétente conformément aux tarifs de remboursement pratiqués par l'institution du lieu de séjour ou aux montants qui auraient fait l'objet de remboursements à l'institution du lieu de séjour. L'institution du lieu de séjour fournit à l'institution compétente qui le demande les indications nécessaires sur ces tarifs ou montants. Cette disposition peut s'appliquer par analogie au présent cas. Il appartiendra par conséquent à l'assureur-maladie de se renseigner auprès des institutions de liaison compétentes pour déterminer si les soins médicaux litigieux qu'a reçus l'assuré en France sont soumis à remboursement selon la législation française et, cas échéant dans quelle mesure et selon quels tarifs, étant rappelé que le droit aux prestations du recourant est identique à celui d'une personne assurée en France et que les participations aux coûts sont dépendantes des dispositions de l'Etat de résidence. Une fois ces données récoltées, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision fondée sur un décompte de prestation qu'il aura préalablement établi. 7. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 30 juin 2017 par S. \_\_\_\_\_ est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière: Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ T. \_\_\_\_\_, à l'adresse de l' [...], ■ S. \_\_\_\_\_, à Lausanne, - Office

fédéral de la santé publique, à Berne, 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 :

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