

GE_GERICHTE ATAS/426/2016 vom 30. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_426_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/426/2016 du 30 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/426/2016 del 30 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

a. En vertu de l'art. 58 al. 2 la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le

A/2992/2015 - 6/21 - tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA et relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). b. En l'espèce, la recourante, actuellement domiciliée en France, travaille en qualité de frontalière pour les Hôpitaux Universitaires de Genève depuis 1989, soit pour un employeur ayant son domicile dans le canton de Genève. Par ailleurs, la contestation porte sur une question relative à la LAMal. La chambre de céans est par conséquent compétente *ratione loci* et *materiae* pour juger du cas d'espèce.

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 – LaLAMal ; RSG J 3 05 ; art. 89B et 89C let. a de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à pouvoir s'affilier auprès d'un assureur-maladie en Suisse et singulièrement sur l'exercice de son droit d'option au sens de l'ALCP.

E. 4

a. L'ALCP, entré en vigueur le 1er juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse. Il prévoit, à son art. 8, que les parties règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment l'égalité de traitement (let. a) et la détermination de la législation applicable (let. b). Selon l'art. 1er par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP), les parties contractantes conviennent d'appliquer entre elles, dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, les actes juridiques de l'Union européenne auxquels il est fait référence dans la section A.

Ainsi, selon la section A ch. 1 de cette annexe, les parties contractantes appliquent notamment entre elles le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 précité. b. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec effet, pour la Suisse, au 1er avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les Parties appliquent désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le

A/2992/2015 - 7/21 - Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (ci-après : règlement n° 883/2004). L'annexe II de l'ALCP, modifiée dans ce sens, fait désormais référence au règlement n° 883/2004 en lieu et place du règlement n° 1408/71. c. Selon la jurisprudence constante, doivent être prises en compte les modifications de l'état de fait ou de droit survenues jusqu'au prononcé de la décision administrative (ATF 128 V 315 consid. 1).

E. 5

a. Aux termes de l'art. 13 par. 1 du règlement n° 1408/71, sous réserve des art. 14quater et 14septies, les personnes auxquelles le règlement est applicable sont soumises à la législation d'un seul Etat membre, déterminée selon les art. 13 à 17bis (principe de l'unicité de la législation). Ainsi, conformément à l'art. 13 par. 2 let. a) du règlement n° 1408/71, le travailleur salarié est en principe soumis à la législation de son Etat d'occupation salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre Etat membre. En d'autres termes, le travailleur frontalier est soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*) : l'Etat compétent est l'Etat d'emploi (art. 13 par. 2 let. a du Règlement 1408/71; ATF 133 V 339 consid. 4.3.1 ; ATF 133 V 137 consid. 6.1). b. Le principe de la *lex loci laboris* peut cependant être assorti d'exceptions. Ainsi, en application de l'art. 89 du règlement 1408/71, l'annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. b/aa Selon l'annexe VI, les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire de soins en tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, Finlande, Italie et, dans certains cas, le Portugal. La demande d'exemption doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque dans les cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire (section A par. 1 let. o point 3 b de l'annexe II de l'ALCP, dans sa version en vigueur le 1er juin 2002). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 in fine). b/bb. Selon la teneur initiale de l'annexe II de l'ALCP, le frontalier français travaillant en Suisse et les membres de sa famille ne disposaient pas du droit d'option (voir notamment KESSLER / LHERNOULD, Code annoté européen de la sécurité sociale, 2010, p. 345 ; KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes suisse-CE et le droit des assurances sociales, in SJ 2001 II 81 p. 129). En effet, lors des négociations de l'ALCP, les autorités françaises n'avaient pas souhaité

l'introduction du droit d'option, car cela revenait à remettre en cause le principe de l'unicité de la législation applicable. Elles sont cependant revenues sur

A/2992/2015 - 8/21 - cette position de principe après avoir été saisies par le Groupement transfrontalier européen - dont la vocation est de veiller à l'intérêt des populations transfrontalières - d'un rapport insistant sur l'importance du droit d'option pour les travailleurs frontaliers (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Sur la base des conclusions d'une expertise indépendante, le gouvernement français s'est engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou CMU). Comme une majorité de travailleurs frontaliers se trouvait alors au bénéfice d'un contrat d'assurance privé, le gouvernement a finalement admis que le choix pouvait aussi se porter sur des opérateurs privés en cas d'option pour la couverture d'assurance en France. La législation française a été modifiée en conséquence par l'adjonction dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 380- 3-1, qui pose le principe de l'affiliation obligatoire au régime de base de la sécurité sociale (CMU) des travailleurs frontaliers qui ont demandé à être exemptés de l'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie. Il prévoyait cependant, pour une période transitoire, se terminant au plus tard le 31 mai 2014, que les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Depuis le 1er juin 2014, les frontaliers qui avaient opté pour le système français et souscrit une assurance privée ont progressivement été transférés à l'assurance-maladie sociale française – la CMU – à la date d'échéance annuelle de leur contrat privé, mais au plus tard le 1er juin 2015. b/cc. En résumé, selon l'ALCP et les règlements applicables, les frontaliers travaillant en Suisse doivent en principe s'assurer dans ce pays. S'ils ne le souhaitent pas, ils doivent faire état de leur droit d'option dans le délai de trois mois dès l'obligation d'assurance en Suisse. Passé ce délai ou si l'assuré ne fait pas usage de son droit d'option, le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévaut (ATF 131 V 202 consid. 2 ; voir également MURER / STAUFFER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n° 23 ad Art. 3; RIONDEL BESSON, Le droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes : difficultés de mise en œuvre et conséquences pour les assurés, in Cahiers Genevois et romands de sécurité sociale n° 42-2009, p. 35). Ainsi, en fonction du droit d'option, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse peuvent être couvertes soit en Suisse soit en France. Elles ont le choix entre le régime d'assurance-maladie suisse selon la LAMal, le régime de la CMU et jusqu'au 1er juin 2014, l'assurance privée en France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.4). c. L'entrée en vigueur du règlement n° 883/2004 n'a pas modifié les principes précités, le principe de l'unicité de la législation étant prévu par l'art. 11 par. 1, celui de la lex loci laboris par l'art. 11 par. 32 let. c) et le droit d'option à l'annexe XI.

E. 6

En raison de l'entrée en vigueur de l'ALCP, le droit suisse de l'assurance-maladie a nécessité des adaptations.

A/2992/2015 - 9/21 - a. Selon les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance- maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal, sont tenues de s'assurer en Suisse. b. Quant à la procédure pour faire valoir le droit d'option, elle est la suivante. b/aa. Conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal, sont sur requête exceptées de

l'obligation de s'assurer en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de la Communauté européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie. A titre de preuve, il leur suffit de présenter un certificat d'assurance correspondant aux exigences du système de l'assurance-maladie de l'Etat de domicile (voir l'information destinées au canton, intitulée « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », établi par l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) en février 2002, p. 25 et 26). b/bb. Les frontaliers souhaitant faire usage du droit d'option octroyé par l'ALCP et le règlement n° 1408/71 devaient en faire la demande dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de l'ALCP, soit jusqu'au 31 août 2002. En raison de modifications législatives en France en ce qui concernait la CMU, la Suisse a accordé un nouveau délai d'option jusqu'au 31 mars 2003 afin de permettre le passage à la CMU (voir Feuille d'information 1/03 sur l'admission des frontaliers dans l'assurance-maladie sociale en France, destinée aux organes cantonaux compétents, datée du 29 janvier 2003). La demande d'exception à l'obligation de s'assurer doit être déposée auprès du canton dans lequel l'activité lucrative est exercée (art. 7 al. 4 OAMal). A Genève, le SAM est compétent pour statuer sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal ; RS J 3 05).

E. 7

a. A teneur de l'art. 6a al. 1 let. a LAMal, entré en vigueur le 1er juin 2002, soit en même temps que les accords bilatéraux, les cantons informent sur l'obligation de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse. Cette disposition a notamment été concrétisée par l'alinéa 4 des dispositions transitoires de la modification du 22 mai 2002 de l'OAMal, selon lequel en collaboration avec l'OFAS et les employeurs compétents, les cantons informent sur l'obligation de s'assurer, d'ici trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes, les frontaliers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne.

A/2992/2015 - 10/21 - Ces informations valent d'office pour les membres de la famille résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne. L'art. 6a al. 3 LAMal prévoit quant à lui que l'autorité désignée par le canton affilié d'office les personnes qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile. Elle statue sur les demandes d'exception à l'obligation de s'assurer. b. Dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », destiné aux cantons, daté du mois de février 2002, l'OFAS a précisé que les cantons devaient établir des circulaires d'information à l'intention des employeurs compétents, lesquels devaient ensuite informer leurs travailleurs frontaliers. c. Les personnes résidant en France, à l'exception des ressortissants suisses, et qui exerçaient une activité lucrative en Suisse devaient bénéficier, avant l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, d'une autorisation de travail délivrée par le canton d'emploi (permis G). Comme ils étaient compétents pour délivrer les autorisations de travail, les cantons étaient en mesure de vérifier le respect de l'obligation de s'assurer des frontaliers qui n'étaient pas de

nationalité suisse. En revanche, pour les frontaliers de nationalité suisse, qui ne devaient pas bénéficier d'une autorisation de travail, le devoir d'information relevait de l'employeur (RIONDEL BESSON, *op.cit.*, p. 36 et 37).

E. 8

a. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1er juin 2002, l'OFSP ainsi que l'OFAS ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences. Dans ce contexte, la chambre de céans rappelle que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative ; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004, consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (MOOR, *Droit administratif*, vol. I, 2012, p. 428, n° 2.8.3.3). b. Dans un premier temps, l'OFAS a expliqué, dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », destiné aux cantons, daté du mois de février 2002, que « les personnes auxquelles l'Etat de domicile accorde un droit d'option (...) et qui ne veulent pas s'assurer en Suisse doivent présenter une demande d'exception à l'obligation de s'assurer à l'autorité cantonale compétente dans les

A/2992/2015 - 11/21 - trois mois qui suivent la naissance de l'obligation de s'assurer en Suisse. Elles peuvent être exceptées de cette obligation sur la base de leur droit d'option (...). En l'absence de demande de leur part dans le délai imparti, elles sont tenues de s'assurer en Suisse. Comme l'assurance suisse des soins ne connaît pas le système de l'assurance automatique, il peut arriver alors qu'il y ait des personnes non assurées lorsque ces personnes ne peuvent pas demeurer assurées auprès de l'assurance étrangère des soins déjà existante ». c. Par la suite, l'OFSP a expliqué, dans un document intitulé « Informations concernant l'application de l'Accord de la libre circulation des personnes et de la convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie », daté du 12 juillet 2007 et destiné aux assurances LAMal et à leurs réassureurs, aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de s'assurer, que « certains cantons nous ont fait part de leurs difficultés à contrôler les frontaliers ainsi que les rentiers et à les informer sur leur obligation de s'assurer en Suisse ou sur un éventuel droit d'option lorsqu'ils résident dans un état membre de l'UE/AELE (...). Selon l'Accord sur la libre circulation des personnes, le délai de trois mois prévu pour le dépôt de la demande d'exemption lors de l'exercice du droit d'option peut être dépassé dans des cas justifiés. Nous sommes d'avis qu'un assuré qui n'aurait pas été informé à temps de son droit d'option devrait avoir la possibilité de l'exercer ultérieurement pour autant que ce soit fait dans un délai raisonnable et que l'assurance étrangère accepte son affiliation après l'échéance du délai de trois mois ». d. Dans une « Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne », du 11 mars 2008, l'OFAS et la Direction de la

sécurité sociale, subdivision du Ministère français de la santé, de la jeunesse et des sports, ont considéré que « si l'affiliation auprès d'un assureur français intervient après le délai de trois mois ou si la demande d'exemption est rejetée par l'autorité cantonale ou l'Institution commune LAMal, l'intéressé doit être obligatoirement assuré en Suisse (...). Par conséquent, le droit d'option ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès d'une assurance sociale ou privée française mais comme une possibilité de ne pas s'affilier auprès d'un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis (...). Les personnes qui ne peuvent exercer correctement leur droit d'option (par exemple, après l'échéance du délai de trois mois), doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance-maladie (...). Toutefois, l'option devra être effectuée dans les délais sous peine que le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévale (...). Les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale en raison de l'exercice de leur activité professionnelle doivent déposer une demande d'exception à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'autorité cantonale compétente de leur lieu de travail, qui statuera ».

A/2992/2015 - 12/21 - Les principes précités ont été repris dans la note conjointe du 1er février 2013, dans laquelle l'OFAS et la Direction de la sécurité sociale ont encore précisé que « l'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est conditionné à la production du formulaire annexé aux présentes attestant que l'intéressé est effectivement assuré en France, soit par le biais d'une assurance privée (et donc précédemment visé par l'assureur privé), soit au titre de la CMU. Quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM [i.e. la caisse primaire d'assurance-maladie] du lieu de résidence sous peine d'invalider le droit d'option exercé (...). En l'absence de ce formulaire dûment rempli et visé, l'exemption à une couverture maladie suisse n'est pas possible. Une carte européenne d'assurance maladie ou une carte Vitale ou tout autre document ne remplacent pas ledit formulaire ». e. Enfin, l'OFSP a rédigé deux documents traitant du droit d'option effectué de facto. Ainsi, dans un premier document intitulé « Révision de la Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France ; introduction d'un formulaire ad hoc harmonisé – Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse : effets sur l'assurance-maladie et sur l'assujettissement des travailleurs détachés », daté du 2 mai 2013, en annexe duquel figurait la note conjointe du 1er février 2013, l'OFSP a relevé que « les personnes exerçant leur droit d'option ont actuellement deux possibilités d'assurance en France : soit elles s'affilient au régime général d'assurance-maladie (CMU), soit elles souscrivent une assurance privée. La plupart des travailleurs français ont choisi cette dernière possibilité, dont la législation nationale française prévoit de longue date qu'elle sera fermée au 1er juin 2014 (cette restriction figurait d'ailleurs déjà dans la note conjointe de 2008). Une fois ce réaménagement entré en vigueur, les personnes qui ont opté pour une couverture privée, et leurs membres de famille non actifs, basculeront dans l'assurance-maladie sociale française (CMU). Ces personnes doivent s'assurer dans le régime français d'assurance-maladie et ne peuvent pas revenir dans le système LAMAl (cf. ci-dessus ch. 3 Irrévocabilité du droit d'option). Cette obligation de rester assuré dans le régime français concerne non seulement les personnes qui ont été exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, mais aussi les personnes qui ont de facto exercé leur droit d'option en concluant une assurance privée en France sans en référer aux autorités suisses (p. ex. citoyen suisse domicilié en France et travaillant en Suisse – sans avoir besoin d'un permis G – et qui a de ce fait échappé au contrôle cantonal de l'obligation de s'assurer) ». Ces mêmes principes ont été repris dans un second

document, un courrier de l'OFSP daté du 4 juillet 2014, intitulé « Actualisation de la Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France ; adaptation du formulaire ad hoc harmonisé ».

E. 9

Du côté français, une circulaire n° DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002, relative à la mise en œuvre du droit d'option en matière d'assurance-maladie prévu par

A/2992/2015 - 13/21 - l'Accord conclu entre l'Union européenne et la Confédération helvétique sur la libre circulation des personnes le 21 juin 1999, prévoit notamment que « lorsque les différentes conditions sont remplies, le droit d'option donne la possibilité de demander aux institutions suisses une exemption d'affiliation à l'assurance maladie suisse (...). L'accord prévoit que la demande doit être déposée dans le délai de trois mois qui suit la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ». Lorsque la demande est déposée dans le délai de trois mois suivant l'entrée en vigueur par une personne qui était déjà assurée en France, « celle-ci et sa famille sont exemptées de l'assurance rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de l'accord soit au 1er juin 2002. Le demandeur doit lors de sa requête prouver qu'il est couvert ainsi que sa famille par une assurance maladie en France pour la période commençant le 1er juin 2002 (...) ». Lorsque la demande est déposée en dehors du délai de trois mois, soit après le 1er septembre 2002, « l'exemption n'est plus possible. De plus, si la personne n'était pas assurée en Suisse avant l'entrée en vigueur et ne s'est pas fait connaître des institutions suisses avant la fin du délai, elle devra non seulement s'affilier obligatoirement en Suisse, mais devra payer un supplément de prime pour affiliation tardive. Son affiliation ne sera effective qu'à compter de la demande. Si des motifs valables sont avancés par l'intéressé, une exemption pourra néanmoins être accordée, mais ne prendra effet qu'à la date de la demande (...) ». Le paragraphe concernant les bénéficiaires potentiels du droit d'option ne désirant pas user de ce droit et ne souhaitant pas demander une exemption d'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie, prévoit que si ceux-ci « ne sont pas déjà affiliés en Suisse, ils devront faire la démarche auprès des assureurs suisses et ce dans un délai de 3 mois après l'entrée en vigueur de l'accord pour ceux qui remplissaient déjà les conditions (...). Si ce délai de trois mois n'est pas respecté, l'intéressé devra payer un supplément de prime. Il relève en effet de la législation suisse à partir de la survenance de l'obligation s'il n'a pas demandé d'exemption. Or le droit suisse accorde un délai de trois mois pour répondre à l'obligation d'assurance, au-delà un supplément de prime est demandé. Ainsi, un bénéficiaire potentiel du droit d'option qui est assuré en France pour le risque maladie au moment de l'entrée en vigueur de l'accord et qui ne désire pas user de ce droit, devra s'affilier en Suisse pour ce risque et il doit pour cela se faire connaître auprès des services cantonaux ou des assureurs suisses le plus tôt possible et au plus dans un délai de trois mois, sauf à risquer d'encourir des pénalités sous forme de suppléments de prime ».

E. 10

a. En l'espèce, l'ALCP et les règlements cités sont applicables à la recourante du point de vue personnel : de nationalité française, l'intéressée doit être considérée comme un travailleur qui est ou était soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004). Par ailleurs, dans la mesure où les prestations litigieuses se rapportent à l'un des risques énumérés expressément à l'art. 4 par. 1 du règlement n° 1408/71 et à l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004, en l'occurrence la

lettre a (prestations de maladie et de maternité), la réglementation précitée est également applicable à la recourante du point de vue matériel.

A/2992/2015 - 14/21 - b. En tant que résidente française travaillant en Suisse, la recourante bénéficiait du droit d'option et pouvait, si elle le souhaitait, s'affilier auprès d'une assurance française (assurance publique ou privée) en lieu et place d'un assureur-maladie suisse. Il ressort des pièces du dossier, - ce qui a au demeurant est admis par la recourante en tant que tel (toute autre étant la portée qu'elle prétend y donner ou les conséquences qu'elle entend en tirer) -, qu'elle a signé le formulaire par lequel elle a exercé son droit d'option en date du 8 juillet 2002. a. Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid. 5.2). Parmi les cas typiques d'abus de droit manifeste au sens de l'art. 2 al. 2 CC figurent l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 129 III 493 consid. 5.1). Dans cette dernière catégorie, le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est toutefois constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées (ATF 133 III 61 consid. 4.1 ; ATF 129 III 493 consid. 5.1).

E. 11

Dans le cas d'espèce la recourante s'est expressément référée, dans son acte de recours à ses écritures antérieures, soit à ses courriers des 20 avril et 17 mai 2015 dont elle a repris et persisté dans les arguments et/ou griefs qui peuvent se résumer ainsi : - Elle est frontalière depuis 1989 ; à l'époque elle n'avait pas d'autre choix que de s'affilier pour l'assurance-maladie à un contrat d'assurance privée en France. Depuis lors et encore au moment de sa demande d'affiliation au système LAMal au printemps 2015, elle était toujours affiliée à ce contrat français qui lui donnait entière satisfaction ; - Au 1er juin 2002, à l'entrée en vigueur des accords bilatéraux elle n'avait d'autre choix que de poursuivre l'assurance-maladie auprès de son assureur privé français, car elle ne pouvait pas résilier son contrat d'assurance avant le 1er octobre de l'année. Sa compagnie d'assurance basée à Bordeaux n'aurait reçu aucune information concernant les modalités d'application des accords et des conséquences éventuelles sur les contrats en cours. Elle n'avait donc pas pu effectuer le moindre choix ; - A aucun moment elle n'avait adressé une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse, ni produit un justificatif prouvant qu'elle bénéficiait d'une couverture d'assurance équivalente en France qui aurait pu justifier de la délivrance d'une dérogation d'affiliation à la LAMal, de sorte que sans preuve

A/2992/2015 - 15/21 - d'affiliation auprès d'une assurance privée française aux prestations équivalentes à la LAMal, l'option choisie ne serait pas valable, aurait dû être refusée par le SAM et elle aurait dû être affiliée d'office à la LAMal: le SAM n'aurait pas respecté la procédure en violation de la législation suisse aussi bien que des dispositions conventionnelles UE-CH faute d'avoir exigé la preuve de l'affiliation. Ce n'était pas elle qui avait demandé au SAM à être exemptée mais le SAM lui-même qui avait exigé qu'elle remplisse un formulaire qui lui imposait implicitement de rester assurée en France. Le formulaire qu'elle avait signé en 2002 ne mentionne nulle part qu'il s'agit d'une demande

d'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse, ni d'un choix; elle considère donc qu'elle n'a pas formellement exercé son droit d'option et qu'en aucun cas elle n'avait opté pour le régime d'assurance-maladie français, en l'occurrence la CMU. L'interprétation qu'en fait l'intimé est abusive et erronée. D'ailleurs ses enfants ont toujours été rattachés à l'assurance de son mari – qui travaille en France -, de sorte que le formulaire ne les concerne pas ; depuis le 1er juin 2014, les frontaliers français sont contraints de s'affilier au régime français CMU. Or ce système n'autorise pas les frontaliers à se faire soigner librement en Suisse, pays d'emploi, sauf exceptions contraignantes, obligeant dès lors les intéressés à souscrire une assurance complémentaire onéreuse à rajouter au coût particulièrement élevé de la CMU ; - Elle refuse d'être contrainte de s'assujettir à la CMU en France ; cette obligation intervenue entre-temps constituait un fait nouveau. A cet égard l'intimé s'obstine à énumérer les faits nouveaux générateurs de l'exercice du droit d'option. Or, aucun de ceux-ci n'a été à l'origine de son « droit d'option » imposé, sa situation antérieure n'entrant pas dans cette liste ; - Selon un document publié par l'OFAS, les travailleurs frontaliers n'avaient pas pu faire de choix en toute connaissance de cause car d'une part la législation française n'avait pas été adaptée à temps pour tenir compte de la nouvelle situation (ce ne fut le cas que depuis le 1er janvier 2003), et d'autre part en raison d'un déficit d'information, le droit d'option ne pouvant être exercé qu'une seule fois et étant définitif et irrévocable. Selon elle le droit d'option lui-même n'était pas en vigueur en juin 2002 ; - Une frontalière qui avait fait une demande similaire à la sienne aurait obtenu gain de cause, sur recours devant la chambre de céans le 29 janvier 2015 ; le Tribunal fédéral aurait en mars 2015 donné raison à un frontalier

E. 12

a. En l'espèce, l'ALCP et les règlements cités sont applicables à la recourante du point de vue personnel : de nationalité française, l'intéressée doit être considérée comme une travailleuse qui est ou était soumise à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004). Par ailleurs, dans la mesure où les prestations litigieuses se rapportent à l'un des risques énumérés expressément à l'art. 4 par. 1 du règlement n° 1408/71 et à l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004, en l'occurrence la lettre a (prestations de maladie et de

A/2992/2015 - 16/21 - maternité), la réglementation précitée est également applicable à la recourante du point de vue matériel. b. En tant que résidente française travaillant en Suisse, la recourante bénéficiait du droit d'option et pouvait, si elle souhaitait, s'affilier auprès d'une assurance française (assurance publique ou privée) en lieu et place d'un assureur-maladie suisse. Il ressort des pièces du dossier, - ce qui a au demeurant n'est pas contesté par la recourante -, qu'elle a signé le formulaire par lequel elle a exercé son droit d'option le 8 juillet 2002. Elle en conteste toutefois le sens et la validité et soutient de surcroît qu'elle n'aurait pas véritablement exercé un choix. Le formulaire qu'elle a rempli et signé était accompagné d'une lettre l'informant clairement de son droit d'option et du choix qu'elle pouvait exercer entre l'obligation de s'affilier au système suisse de la LAMal ou d'être assurée dans son pays de résidence. Il était également expressément précisé que ce choix était irrévocable pendant toute la durée de son emploi en Suisse. Elle ne conteste pas avoir reçu la lettre du SAM du 17 juin 2002, à laquelle était annexé le formulaire destiné à concrétiser l'exercice du droit d'option décrit dans le courrier d'information annexé. Prétendre, comme elle le soutient, qu'elle n'aurait pas demandé au SAM d'être exemptée de l'obligation, faute d'avoir déposé elle-même une requête dans ce sens frise la témérité : à

l'époque de l'entrée en vigueur de l'ALCP, les autorités respectives des pays liés par ces accords ont pris l'engagement d'informer les intéressés de leurs droits, tâche que la législation genevoise a notamment confiée au SAM. Compte tenu du délai de trois mois dans lequel les intéressés devaient faire valoir leur droit d'option, il les a non seulement informés mais il leur a également remis les formules leur permettant d'exercer ce droit. Il tombe sous le sens, et à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante que si le SAM avait dû attendre une initiative personnelle et individuelle des intéressés pour, seulement dans cette circonstance, se prononcer sur une telle requête, de très nombreux frontaliers (nouveaux ou déjà sous ce statut) auraient laissé passer le délai de trois mois et n'auraient pas exercé en temps utile leur droit d'option. Or, à l'époque la grande majorité des frontaliers concernés ont choisi de s'assurer – ou de rester assurés - dans le système de leur pays de résidence. C'est le lieu de rappeler qu'avant le 1er juin 2002, les relations entre la Suisse et la France en matière de sécurité sociale étaient régies par la Convention de sécurité sociale du 3 juillet 1975 entre la Confédération suisse et la République française (RS 0.831. 109.349.1). Les travailleurs frontaliers n'avaient alors pas l'obligation de s'affilier à la LAMal, faute de domicile en Suisse (art. 3 LAMal), mais ils en avaient la faculté (art. 3 OAMal; RS 832.102). Tel était le cas de la recourante qui, au moment où elle a été dûment informée de son droit d'option et par conséquent du choix qui lui était offert, elle a manifesté concrètement sa volonté de rester assurée auprès de son assurance privée française, qui - précise-t-elle - lui a toujours donné pleine satisfaction, et ce depuis 1989 et jusqu'au moment de sa demande

A/2992/2015 - 17/21 - d'affiliation au système LAMal, en avril 2015. Or, si elle a souhaité changer, ce n'est pas parce qu'elle n'était plus satisfaite des prestations de son assureur privé français, mais au contraire parce que la législation de son pays de résidence – qu'elle avait choisi en 2002, sinon dès sa prise de premier emploi en Suisse en 1989 - avait changé et lui imposait de s'affilier au CMU, ce dont elle ne voulait absolument pas. C'était là le motif véritable de sa demande d'affiliation. Or, c'est à juste titre que le SAM relève que cette circonstance n'était pas de celles limitativement énumérées dans la note conjointe des autorités suisses et françaises du 23 mai 2014 qui donnaient droit à un nouveau droit d'option. c. Se prévaloir dans un autre moyen de ce qu'elle n'aurait pas produit de document attestant de ce qu'elle était bien assurée en France et couverte de manière équivalente que selon la LAMal rendait le document qu'elle a signé en juillet 2002 non valable et entaché de nullité, et prétendre encore que si l'on voulait considérer avec le SAM que ce formulaire ne serait pas obsolète (en 2015), sa validité devrait être exigée, ce qui n'était toujours pas le cas faute par l'intimé d'avoir requis un tel document, dénote une singulière mauvaise foi. Non seulement il faut considérer que si d'aventure, il y a treize ans, le SAM n'avait pas exigé la production d'un tel justificatif pour le cas où le frontalier optait pour le système d'assurance de son pays de résidence, il était peut-être parti de l'idée que la personne qui optait ainsi pour l'assurance de son pays de résidence était de bonne foi, d'autant que dans le cas particulier il ressortait du dossier de la recourante qu'en 2002 elle était déjà frontalière depuis de très nombreuses années et qu'à ce titre, n'émargeant pas au système d'assurance-maladie suisse, elle ne pouvait qu'être assurée par un contrat d'assurance privé français, il est patent que si le SAM avait eu le moindre doute et avait sollicité de l'intéressée la preuve de son affiliation à une assurance française, l'intéressée se serait empressée de produire le justificatif requis. Elle va même jusqu'à suggérer qu'elle aurait tout aussi bien pu cocher la case sans être assurée en France, - ce qui, théoriquement, était certes concevable, mais, dans le cas concret, était contraire à la réalité. Elle a du reste

produit en procédure un document confirmant qu'elle avait été affiliée, jusqu'au 1er juin 2015 à une assurance du GAN dont les primes étaient d'ailleurs à jour au moment de l'établissement de dite attestation au 18 mai 2015. Son argumentation en frise ainsi la témérité. d. Lorsque la recourante prétend qu'elle n'aurait à l'époque pas été suffisamment informée de ses droits et qu'ainsi elle n'aurait pas pu faire un choix éclairé et en toute connaissance de cause n'est pas non plus crédible. Comme cela a été rappelé plus haut, à l'époque et dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'ALCP tant du côté français que du côté suisse les informations se sont multipliées. C'est ainsi notamment que les associations de défense des intérêts des frontaliers se sont montrées très actives, notamment vis-à-vis du Gouvernement français. En effet, lors des négociations de l'ALCP, les autorités françaises n'ont pas souhaité l'introduction d'un droit d'option, car cela revenait à remettre en cause le principe de l'unicité de la législation applicable. Elles sont revenues sur cette position de principe après avoir

A/2992/2015 - 18/21 - été saisies par le Groupement transfrontalier européen - dont la vocation est de veiller à l'intérêt des populations transfrontalières - d'un rapport insistant sur l'importance du droit d'option pour les travailleurs frontaliers. Sur la base des conclusions d'une expertise indépendante, le gouvernement français s'est engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou couverture maladie universelle (ATF 135 V 339, 344)). A l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1er juin 2002, contrairement à ce qu'allègue la recourante, le droit d'option pour les frontaliers français était acquis. Ceci ressort clairement de la circulaire française n° DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002, relative à la mise en œuvre du droit d'option en matière d'assurance-maladie prévu par l'Accord conclu entre l'Union européenne et la Confédération helvétique (citée précédemment, p. 12 et suivante ci-dessus). La prolongation du délai pour opter au 31 janvier 2003, ne concernait que la possibilité d'opter pour la CMU et non pas pour les assurances privées. En tout état la recourante ne saurait donc se prévaloir d'un tel argument, dès lors qu'elle était assurée auprès d'une assurance privée française, qui lui donnait pleinement satisfaction et dont elle n'avait pas l'intention de changer, ce qu'elle a concrètement illustré par la signature du formulaire relatif au droit d'option, et que l'on comprend d'ailleurs à lecture de ses écritures. Il n'est ainsi pas vraisemblable qu'elle n'ait pas été pleinement informée de ses droits, et qu'elle n'ait pas pris des renseignements auprès du groupement transfrontalier à l'époque, si elle avait des doutes, ou si – comme elle l'allègue, sans d'ailleurs en démontrer la moindre réalité – elle avait rencontré des difficultés par rapport à sa propre assurance-maladie française, notamment au sujet des possibilités de résiliation de son contrat, dans l'hypothèse peu vraisemblable où elle aurait souhaité à l'époque opter pour le système LAMal. Côté suisse, comme le relève à juste titre l'intimé, elle avait la possibilité de solliciter toute information ou renseignements complémentaires auprès du SAM dont les coordonnées figuraient sur les documents reçus. Dans le cas concret il ne faut pas non plus perdre de vue que la recourante, de par sa profession d'infirmière dans un hôpital (public suisse) était tout naturellement plus sensibilisée que tout autre frontalier travaillant dans des secteurs économiques différents, pour se préoccuper de la question de la couverture des frais de santé, dans sa situation.

E. 13

Elle fait valoir qu'elle n'ayant jamais déposé de requête d'exemption d'affiliation au système de la LAMal elle estime donc pouvoir se prévaloir de la jurisprudence (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_801/2014 du 10 mars 2015), selon laquelle l'exercice tacite du droit d'option n'est juridiquement pas valable; ce qui lui donnerait ainsi le droit de faire valoir son droit d'option et en l'espèce de choisir de s'affilier au système suisse d'assurance maladie. A tort : l'arrêt auquel elle se réfère concernait une situation très différente. En effet, le recourant, frontalier allemand, qui travaillait en Suisse depuis 2002 était assuré dans son pays de résidence au moment où il a obtenu son permis frontalier et a commencé à travailler en Suisse, - probablement dès les premiers mois de l'année, l'arrêt en question n'indiquant pas la date précise du début de l'assujettissement -; mais l'administration de l'assurance-
A/2992/2015 - 19/21 - maladie de Bâle, estimant qu'à la fin de l'année 2002, l'intéressé étant toujours assuré en Allemagne, - sans qu'il n'ait entrepris la moindre démarche auprès des services de l'assurance-maladie suisse, cette dernière n'ayant rien entrepris non plus à son égard, elle avait considéré, lorsqu'il a fait la demande d'affiliation à l'assurance-maladie suisse en 2013, que, de facto, l'intéressé aurait opté pour l'assurance-maladie dans son pays de résidence. On rappellera encore que l'OFAS, dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », de février 2002, précisait au sujet de la notion de requête d'exemption, que les personnes concernées « peuvent être exceptées de cette obligation sur la base de leur droit d'option (...) ».

E. 14

La chambre de céans précisera encore, en relation avec l'arrêt – invoqué par la recourante - qu'elle a elle-même rendu (ATAS/58/2015 du 29 janvier 2015), quelques semaines avant l'arrêt du Tribunal fédéral susmentionné, ne serait pas non plus du moindre secours à la thèse de la recourante: il s'agissait là encore d'une situation très différente : une personne de nationalité suisse, avait quitté la Suisse le 30 août 1986 à destination de la France voisine, tout en continuant à travailler dans son pays d'origine, avec un statut de frontalier, à ceci près qu'elle n'avait pas besoin d'autorisation de l'office cantonal de la population pour (continuer) à travailler à Genève. Elle avait été exclue de l'assurance-maladie suisse en 1992 en raison de son domicile en France et avait été contrainte de contracter une assurance privée en France sans signer de droit d'option. Elle n'avait jamais reçu de documentation concernant le droit d'option. Par ailleurs, en 2002, elle était en traitement aux hôpitaux universitaires de Genève en raison d'un cancer du naso-pharynx, son quotidien se résumant alors à de la chimiothérapie et de la radiothérapie. En 2002 n'avait donc pas été détectée, dans le cadre des contrôles opérés par le SAM, et pas davantage été informée par son employeur. Rien de tel dans le cas d'espèce, dès lors que la recourante a dûment été contactée par le SAM, dans le mois qui a suivi l'entrée en vigueur de l'ALCP, qui lui a écrit pour l'informer de ses droits, et en lui communiquant le formulaire idoine pour qu'elle puisse exercer son droit d'option, ce qu'elle a fait expressément. Dans ce contexte, au vu des arguments invoqués par la recourante qui se prévaut de l'invalidité du choix qu'elle aurait fait à l'époque en raison de ce que sur la base du texte de l'art.2 al. 6 OAMAL et des règlements communautaires elle n'aurait pas elle-même formulé une requête d'exemption de l'obligation de s'assurer au système LAMal, la question d'un éventuel abus de droit se pose. Elle peut toutefois rester ouverte en l'espèce. En effet, non seulement le fait qu'elle ait reçu le formulaire destiné à l'exercice du droit d'option sans l'avoir formellement sollicité ne saurait être utilisé par elle comme la démonstration de ce qu'elle n'aurait jamais formulé elle-même une telle requête : peu importe la manière dont elle a disposé dudit formulaire ; son libellé est clair. En l'ayant rempli elle a incontestablement manifesté sa volonté

(irrévocable) d'opter pour l'assurance de son pays de

A/2992/2015 - 20/21 - résidence, ce qui correspond à ce que l'on doit comprendre comme « requête (d'exemption) » au sens de l'art.2 al. 6 OAMal, ce qui était d'ailleurs confirmé par l'OFAS dans son document de février 2002 mentionné plus haut. L'informalité de procédure dont elle tente de se prévaloir pour en déduire à l'invalidité de l'exercice de son droit d'option le 8 juillet 2002 est à tout le moins douteuse. Son argumentation est en revanche emprunte de mauvaise foi.

E. 15

Enfin à court d'arguments, la recourante n'hésite pas à alléguer, fort de son refus d'adhérer à la CMU française, - problématique qui, dès lors qu'il y a treize ans, elle a opté irrévocablement pour son assujettissement à la loi de son pays de résidence, échappe totalement aux autorités compétentes suisses -, que dès le 1er juin 2015 elle ne serait plus assurée contre la maladie, ce qui serait contraire à ses obligations de frontalière. Or, si tel devait être le cas, - car cela reste encore à démontrer -, elle ne devrait alors s'en prendre qu'à elle-même, mais en tout état, elle ne saurait, par un tel biais, tenter de contraindre l'autorité suisse à l'affilier d'office à la LAMal. Ayant valablement exercé son droit d'option, et ceci de manière irrévocable et définitive en 2002, la recourante ne saurait se prévaloir de son refus d'adhérer, selon les exigences de la législation française, dès le 1er juin 2015 au plus tard, au régime ordinaire de la CMU. En effet, en réaménageant à compter du 1er juin 2014 le droit d'option de telle sorte que les travailleurs frontaliers qui demandent à être assujettis en France sont obligatoirement assurés au régime général de l'assurance maladie (CMU) et en excluant à compter de la même date la possibilité de bénéficier d'un assujettissement équivalent par le biais de la souscription d'une assurance maladie privée, l'Etat français a opéré un choix législatif qui relève de sa compétence exclusive et qui ne saurait être remis en cause par les autorités suisses. Ainsi la recourante ne saurait-elle se prévaloir des principes appliqués aux frontaliers français ayant souhaité exercer leur droit d'option pour la première fois après le 1er juin 2014, comme par exemple dans le cas tranché par la chambre de céans dans son arrêt du 15 décembre 2015 (ATAS/955/2015), confirmée par le Tribunal fédéral par l'arrêt 9C_105/2016 du 5 avril 2016.

E. 16

Entièrement mal fondé le recours sera rejeté.

E. 17

A teneur de l'art. 89H al. 1 LPA, sous réserve de l'alinéa 4, la procédure est gratuite. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice statue dans les limites établies par règlement du Conseil d'Etat. Dans le cas d'espèce, ce n'est pas sans hésiter, au vu des arguments soulevés par la recourante à l'appui de son recours, que finalement la chambre de céans renoncera à mettre un émolument à la charge de cette dernière, ses arguments étant pour la plupart empreints de mauvaise foi, et à la limite de la témérité.

A/2992/2015 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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