

GE_GERICHTE ATAS/469/2016 vom 16. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_469_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/469/2016 du 16 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/469/2016 del 16 giugno 2016

Erwägungen

E. 10

Par courriel du même jour, le SAM a rappelé à l'intéressée qu'elle avait officiellement choisi de s'assurer dans son pays de résidence en retournant le formulaire du choix du système d'assurance-maladie applicable dûment complété et signé par ses soins. Son choix formel du système d'assurance-maladie français était un élément factuel ne pouvant être interprété.

E. 11

Le 17 mars 2015, le SAM a complété le courriel précité et a rappelé à l'intéressée notamment qu'une décision formelle, indiquant les motifs du refus d'affiliation, lui avait été notifiée par courrier du 5 février 2015. Elle n'avait depuis apporté aucun élément nouveau permettant de revoir la position énoncée dans le courrier précité.

E. 12

Par courriel du 30 avril 2015, l'intéressé a une nouvelle fois approché le SAM, relevant que plusieurs éléments s'étaient modifiés depuis le dernier échange de courriels. Se fondant d'une part sur un document établi par le canton de Bâle-Ville

A/4093/2015 - 4/22 - (recte Bâle-Campagne), daté du 29 avril 2015, selon lequel les frontaliers et résidents suisses avant 2013 étaient autorisés à revenir sous le régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse, et, d'autre part, sur deux arrêts, le premier du Tribunal fédéral du 20 avril 2015 (recte 10 mars 2015), lequel ouvrait une autre brèche et le second de la chambre de céans du 29 janvier 2015, déjà mentionné précédemment, l'intéressée a une nouvelle fois sollicité de pouvoir repasser dans le régime suisse d'assurance-maladie. Se référant à un article paru dans la Tribune de Genève le 6 mars 2015, posant la question des personnes devenues frontalières après 2002, date de l'entrée en vigueur des bilatérales, l'intéressée a considéré qu'elle n'avait jamais choisi le système de la CMU mais le système des assurances privées lui permettant de se faire soigner en Suisse sans toutefois avoir toutes les cartes en main (choix d'un système transitoire et non légiféré, ce qui ne ressortait aucunement des documents remis à l'époque).

E. 13

Le 4 mai 2015, le SAM a rappelé à l'intéressée qu'une décision formelle indiquant les motifs du refus lui avait été adressée le 5 février 2015 et qu'elle n'avait amené aucun élément lui permettant de revoir sa décision.

E. 14

Par courriel du 17 juin 2015, l'intéressée a informé le SAM qu'elle venait de découvrir qu'elle était officiellement partie de Suisse le 15 avril 2006 alors que le formulaire relatif au droit d'option avait été signé le 8 septembre 2006, soit bien après l'expiration du délai de

trois mois suivant le déménagement. Il en allait de même de la souscription du contrat d'assurance avec Swisslife, effectuée le 1er août 2006, soit deux semaines après le délai légal. Dans ces circonstances, elle n'aurait jamais dû passer dans le régime français, l'exemption n'étant plus possible au-delà des trois mois. Par conséquent, elle demandait à pouvoir réintégrer le système d'assurance-maladie suisse.

E. 15

Par courriel du 23 juillet 2015, le SAM a relevé que le délai de trois mois prévu pour le dépôt de la demande pouvait être dépassé dans les cas justifiés. Il ressortait de son dossier que le service précité lui avait adressé le courrier et le formulaire à la fin du mois d'août et que l'intéressée avait rempli et signé le formulaire en date du 8 septembre, exerçant par là son droit d'option dans les délais.

E. 16

Par courriel du 16 août 2015, l'intéressée a demandé à ce qu'une décision formelle lui soit adressée, et a relevé que le tampon de la CPAM ne figurait pas sur le formulaire signé le 8 septembre 2006 alors qu'il était obligatoire pour valider l'exemption conformément à la directive de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) du 2 mai 2013 et à la note conjointe de 2013, lesquels se substituaient à tous les documents antérieurs. S'agissant du délai de trois mois et de la possibilité de le prolonger, les notes conjointes rédigées par la Suisse et la France, notamment celle de 2013, étaient claires sur le fait que le délai commençait à courir dès la prise de domicile en France. Le délai de trois mois échu, les frontaliers n'ayant pas déposé de demande devaient entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance-maladie obligatoire. Elle avait effectué les démarches pour s'assurer auprès d'une assurance privée française fin juillet 2006 soit avant de recevoir les documents du A/4093/2015 - 5/22 - SAM, avec un début du contrat avec effet au 1er août 2006, donc après les délais figurant dans la note conjointe et avant de recevoir les documents du SAM, ce qui démontrait qu'elle était informée du délai de trois mois. Elle ne comprenait dès lors pas comment les autorités suisses avaient pu accepter son exemption. L'intéressée relevait également une inégalité de traitement entre le frontalier qui exercerait formellement son droit d'option après avoir reçu, une fois le délai de trois mois expiré, le formulaire idoine de l'autorité compétente, le retard étant dans ce cas justifié, et le frontalier qui, de lui-même, exercerait son droit d'option après le délai de trois mois, le retard étant dans ce cas injustifié. En 2006, le délai pour opter était de trois mois. Ce n'était qu'en 2007 que les autorités suisses s'étaient plaintes de ne pas arriver à respecter le délai de trois mois précité. Enfin, l'intéressé était d'avis que le système de l'assurance-maladie de base (CMU) en France ne permettait pas de bénéficier d'une couverture équivalente à la LAMal pour les personnes qui souhaitaient se faire soigner en Suisse et les ressortissants suisses dès lors que la CMU ne prenait en charge que les soins en urgence et certains types de soins mais de manière dérisoire. Le remboursement des soins en Suisse restait précaire et il n'existait plus de garantie des remboursements des soins en Suisse au vu de la position très arbitraire de la France. Les citoyens suisses avaient opté pour le système français en raison de cette garantie. Pour les personnes se faisant soigner en France, la couverture était équivalente, ce qui n'était pas le cas pour celles se faisant soigner en Suisse.

E. 17

Par courrier du 22 août 2015, l'intéressée a relevé que le canton de Bâle-Campagne avait choisi la réouverture du droit d'option pendant trois mois et ce pour tous les frontaliers,

dont le fait générateur était antérieur à 2013, et ce également pour ceux qui avaient signé le formulaire de droit d'option. Reprenant les arguments d'ores et déjà allégués dans ses courriels au SAM, l'intéressée a sollicité une nouvelle fois à pouvoir basculer dans le système suisse étant donné que l'exemption n'était pas valable sans le tampon de la CPAM et au vu de la transmission de son dossier après le délai de trois mois.

E. 18

Par décision du 27 octobre 2015, le SAM a rejeté l'opposition. Après avoir repris les éléments déjà énoncés dans la décision du 5 février 2015, le SAM a relevé que la note conjointe de 2014 avait été établie compte tenu des nouvelles modalités d'affiliation à l'assurance-maladie française dès le 1er juin 2014 et rappelait aux autorités tant suisses que françaises que les personnes ayant opté pour l'assurance privée française devaient rester affiliées dans le régime français d'assurance-maladie et ne pouvaient pas retourner dans le système suisse, la fermeture de la France de la possibilité d'opter pour une assurance privée ne constituant pas un motif de révocation du droit d'option déjà exercé. Cette note conjointe ne remettait ainsi pas en cause la validité des précédents formulaires mais réglait uniquement les modalités pour les nouveaux cas d'exercice du droit d'option, pour lesquels le formulaire devait être rempli et visé par la CPAM. Cette nouvelle exigence ne concernait toutefois pas les frontaliers ayant exercé leur droit d'option

A/4093/2015 - 6/22 - antérieurement à 2013 de sorte que le formulaire signé en 2006 était toujours valable. S'agissant de l'exercice du droit d'option au-delà du délai de trois mois, l'accord sur la libre circulation des personnes prévoyait que le délai en question pouvait être dépassé dans des cas justifiés. Or, dans son cas, l'office cantonal de la population (OCP) avait informé le SAM du départ à destination de la France au cours du mois d'août 2006, de sorte que le service précité n'avait été en mesure de lui transmettre la lettre d'information concernant les frontaliers que le 25 août 2006. Elle avait donc pu exercer son droit d'option dans les délais. En troisième lieu, concernant l'équivalence des systèmes d'assurance-maladie, le SAM relevait que la disposition légale pertinente ne mentionnait pas la notion d'équivalence mais uniquement celle de couverture d'assurance-maladie. Il lui appartenait donc de se renseigner auprès de la CMU pour connaître les possibilités de prise en charge pour des traitements effectués en Suisse. Enfin, le SAM attirait l'attention de l'intéressée sur le fait qu'elle avait exercé son droit d'option de manière irrévocable, de sorte qu'elle avait l'obligation de rester assurée dans le système français sauf survenance d'un nouveau fait générateur.

E. 19

Le 23 novembre 2015, l'intéressé a formé recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et à son affiliation auprès d'une assurance-maladie suisse. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment expliqué qu'elle avait reçu le formulaire de la part de l'intimé près de 5 mois après la survenance de l'obligation de s'assurer. Ce document n'était pas clair pour elle et il existait à l'évidence un défaut d'information de la part des autorités suisses et françaises. A aucun moment, son attention n'avait été attirée sur le caractère irrévocable du droit d'option et sur l'impossibilité de retourner dans le régime d'assurance-maladie suisse ni sur le fait que l'un des deux systèmes était transitoire. Elle n'avait également jamais été informée du fait qu'un jour, elle ne pourrait plus être soignée en Suisse, ce qui était problématique pour elle dès lors qu'elle se faisait soigner dans son pays d'origine depuis sa naissance et qu'elle n'avait jamais voulu et ne voulait toujours pas

se faire soigner en France. En 2006, elle n'était pas consciente du fait qu'il y avait un risque de ne plus pouvoir bénéficier du système de santé qui était le sien depuis sa naissance. Si elle avait été au courant de ces éléments, elle n'aurait pas choisi le système français. Par ailleurs, au vu des directives en la matière, et notamment la circulaire du ministère de la santé DSS/DACI n° 2002- 268 du 27 juin 2002, le courtier français n'aurait pas dû l'inciter et encore moins l'autoriser à signer le contrat d'assurance, dès lors qu'en l'absence de demande d'exemption dans le délai de trois mois, le frontalier devait rester affilié en Suisse. Elle n'avait jamais consenti expressément dans ce délai à ne plus s'assurer en Suisse et à se faire soigner en France.

E. 20

En complément à son recours, la recourante a indiqué, par courrier du 2 janvier 2016, qu'elle n'avait pas pu se faire rembourser la moindre facture relative à des traitements suivis en Suisse, ce qui correspondait à un montant de CHF 4'766.-. Conformément à la loi et dans l'attente des démarches en Suisse, elle avait fait le

A/4093/2015 - 7/22 - nécessaire pour s'affilier à la CMU mais le système français était incapable de lui proposer une couverture. Depuis près d'une année, elle avait systématiquement des problèmes avec le numéro de sécurité sociale ce qui l'empêchait de se faire rembourser. Pour le surplus, la recourante a répété les arguments d'ores et déjà évoqués précédemment.

E. 21

Dans sa réponse du 22 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a complété sa position d'ores et déjà évoquée dans la décision sur opposition en relevant que le formulaire signé par la recourante mentionnait expressément son choix pour le système d'assurance-maladie de son pays de résidence, à savoir la France, et attirait son attention sur le fait que le choix était irrévocable. Il n'y avait dès lors pas eu violation du devoir d'informer. S'agissant des évolutions législatives, il ne fallait pas perdre de vue que la loi française indiquait qu'à l'échéance du droit transitoire, le régime légal s'appliquait. Cela étant, les modifications législatives propres à chaque système interne, tant suisse que français, n'ouvraient pas un nouveau droit d'option.

E. 22

Par écritures du 28 janvier 2016, la recourante a invoqué le fait qu'elle n'avait jamais reçu le courrier d'accompagnement du formulaire, le document 2B étant une réimpression du SAM, laquelle ne prouvait pas qu'elle l'ait reçu. Par ailleurs, elle savait que certains frontaliers avaient pu revenir dans le système suisse et faire valoir le droit d'option malgré la signature du formulaire, le SAM ayant admis dans leur cas avoir possiblement omis de joindre le document informatif 2B

E. 23

Le 8 février 2016, l'intimé a transmis à la chambre de céans la copie du journal de bord concernant le dossier de la recourante, mentionnant le fait qu'en date du

E. 25

Le 12 mars 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans certains passages de la décision du Tribunal des assurances sociales de Mulhouse du 29 février 2016, téléchargeable sur le site <http://www.cdtf.org>, dans laquelle cette juridiction a notamment

considéré que les citoyens ne pouvaient être tenus pour responsable du comportement des Etats lesquels avaient laissé perdurer une situation de non-droit, dans le sens où la France avait permis aux frontaliers de s'affilier à une assurance privée alors qu'ils n'avaient pas été exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse

A/4093/2015 - 8/22 - et où la Suisse n'avait pas affilié à son assurance-maladie les travailleurs frontaliers ne lui ayant pas transmis de demande d'exemption dans les trois mois à compter de la survenance du fait générateur.

E. 26

Par écritures du 30 mars 2016, l'intimé a relevé que la personne mentionnée par la recourante n'avait pas reçu la lettre d'information à laquelle était annexé le formulaire, au contraire de la recourante. Par ailleurs, il était surprenant que celle-ci n'invoquât qu'à ce stade le fait qu'elle n'eût jamais reçu de lettre d'information de la procédure alors qu'elle n'en avait jamais fait mention auparavant. S'agissant de la lettre d'information en question, le document figurant sous pièce 2B était la réimpression du document modifié, raison pour laquelle il joignait la version en vigueur en 2006. Enfin, s'agissant de l'exigence du tampon de la CPAM, force était de constater qu'elle était intervenue courant 2013, soit bien après l'exercice du droit d'option par la recourante.

E. 27

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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 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, a eu son dernier domicile en Suisse dans le canton de Genève et est employée par une entreprise sise à 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. 2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a. ; 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).

A/4093/2015 - 9/22 - 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'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). 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 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). 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

A/4093/2015 - 10/22 - 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. Ainsi, 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, France, Italie et, dans certains cas, la Finlande. 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 avril 2006). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 in fine). c. 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 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 prévoit cependant, pour une période transitoire, se terminant au plus tard le 31 mai 2014 (selon l'actuelle version

A/4093/2015 - 11/22 - de cette disposition), 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 sont progressivement 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. d. 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). L'ALCP prévoit toutefois que dans des cas justifiés, le délai de trois mois pour exercer le droit d'option peut être dépassé. e. 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. 6. Pour sa part, le législateur suisse a mis en œuvre le droit d'option en adaptant le droit de l'assurance-maladie. 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. Cela étant, 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/4093/2015 - 12/22 - 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). c. 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). d. Entré en vigueur le 1er juin 2002, soit en même temps que les accords bilatéraux, l'art. 6a al. 1 let. a LAMal, prévoit que 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. 7. a. Quant au législateur français, il a mis en œuvre le droit d'option par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale, qui a institué à cette fin l'art. L. 380-3-1 du Code de la sécurité sociale. Dans sa teneur en vigueur du 19 décembre 2008 au 31 décembre 2014, cette disposition prévoyait: « I.- Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1. II. Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes

A/4093/2015 - 13/22 - et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. b. Les par. I et II de l'art. L. 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français ont été jugés conformes à la Constitution française par le Conseil constitutionnel de la République

française (décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015, JORF n°0075 du 29 mars 2015 p. 5775, texte n° 78), lequel a indiqué que « l'atteinte portée aux conventions légalement conclues par les résidents français travaillant en Suisse qui étaient affiliés en France à un régime d'assurance privée est justifiée par le motif d'intérêt général qui s'attache à la mutualisation des risques dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe de la solidarité nationale » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 du 5 avril 2016 consid. 3.4.3). » c. Dans son arrêt 9C_105/2016 du 5 avril 2016, le Tribunal fédéral a considéré qu'en instaurant le droit d'option des travailleurs frontaliers, la France a simplement fait usage de la possibilité qui lui était offerte d'assurer sur son territoire des personnes qui y résident et qui, normalement, devraient être assurées en Suisse en raison de l'activité qu'elles y exercent, et, partant, de les libérer de l'obligation d'assurance dans cet Etat. Cette question doit cependant être clairement distinguée de celle relative à l'aménagement interne à la France des modalités d'assujettissement à l'assurance maladie. Ni l'art. 11 par. 3 let. a du Règlement n° 883/2004, ni l'inscription relative à la Suisse de l'annexe XI du Règlement n° 883/2004 n'ont pour objet de déterminer les conditions d'assujettissement au régime français de l'assurance maladie. Comme l'a rappelé à plusieurs reprises la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), il appartient à la législation de chaque Etat membre de déterminer ces conditions (voir consid. 5.1 de l'arrêt précité). En conséquence, c'est à la France qu'il incombe de déterminer les conditions auxquelles les travailleurs frontaliers qui résident sur son territoire et souhaitent exercer leur droit d'option peuvent s'affilier à la branche « assurance maladie » du régime français de la sécurité sociale. 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. Il n'en demeure pas moins que ce choix n'a pas pour effet d'exclure les travailleurs frontaliers du champ d'application de la législation nationale (suisse) qui leur est applicable en premier lieu en vertu du Règlement n° 883/2004 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 du 5 avril 2016 consid. 5.2). 8. a. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1er juin 2002, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ainsi que l'OFAS ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences.

A/4093/2015 - 14/22 - 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 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 ». 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 Etat 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

A/4093/2015 - 15/22 - 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 (...). 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 principes précités ont également été repris dans la note conjointe du 1er février 2013.

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 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 (...). Si la personne était assurée pour le risque maladie en Suisse au moment où elle décide d'user de son droit, il lui faudra d'abord s'assurer en France, puis faire la demande d'exemption en 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 ». A noter que l'obligation d'assurance intervient notamment avec le transfert de la résidence de Suisse en France.

10. La question de l'exercice du droit d'option a fait l'objet de plusieurs décisions judiciaires depuis janvier 2015. Ces arrêts concernaient toutefois exclusivement des personnes n'ayant jamais exercé formellement leur droit d'option.

a. Ainsi, dans un arrêt daté du 29 janvier 2015 (ATAS/58/2015), la chambre de céans a considéré que les dispositions de l'ALCP et des

règlements d'application étaient claires et que pour pouvoir exercer son droit d'option, le frontalier devait entreprendre des démarches spécifiques dans un certain délai, ce qui ne laissait aucune place pour un exercice de facto du droit d'option. b. Dans un arrêt 9C_801/2015 du 10 mars 2015, le Tribunal fédéral est arrivé à la même conclusion dans une procédure concernant un ressortissant allemand, qui demandait à être affilié en Suisse. Notre Cour Suprême avait alors considéré que le droit à être exempté de l'affiliation à une assurance-maladie suisse ne pouvait pas être exercé de manière tacite, par actes concluants, dès lors que le frontalier devait expressément en faire la demande et produire la preuve d'une couverture d'assurance équivalente. c. Enfin, le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) de Mulhouse partage la même conclusion, dans un arrêt du 29 février 2016, partiellement publié sur internet, considérant en outre que « le fait que, pendant plus de 10 ans, les travailleurs frontaliers n'[avaient] pas rempli ce formulaire ne [suffisait] pas à A/4093/2015 - 16/22 - contrer l'interprétation énoncée ci-dessus [ndlr. à savoir que le droit d'option ne pouvait s'exercer tacitement] ; (...) en effet, les citoyens ne [pouvaient] être tenus responsables du comportement des Etats qui ont laissé perdurer une situation de non droit en ce que, d'une part, la France a permis aux travailleurs frontaliers de s'affilier auprès d'une assurance privée alors qu'ils n'avaient pas été exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse et en ce que, d'autre part, la Suisse n'a pas affilié à son assurance maladie les travailleurs frontaliers qui ne lui avaient pas transmis de demande d'exemption dans le délai de trois mois à compter de leur soumission au régime suisse de sécurité sociale ». 11. a. En l'espèce, l'ALCP et les règlements cités sont applicables à la recourante du point de vue personnel : de nationalité suisse, 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. b. En tant que résidente française travaillant en Suisse, la recourante bénéficiait du droit d'option et pouvait, lors de son déménagement en France, en 2006, 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 été admis par le SAM, que la recourante a informé l'OCP de sa résidence sur sol français à compter du 15 avril 2006. Suite au courrier que le SAM lui a adressé le 26 août 2006, la recourante a exercé son droit d'option en date du 8 septembre 2006. En d'autres termes, par la signature du formulaire idoine, elle a demandé à être exempté de l'obligation d'être affiliée en Suisse, au profit d'une assurance en France, ce qui a été accepté par le SAM, autorité compétente en la matière. 12. La question qui se pose dans ce cas est celle de savoir si le droit d'option, exercé le 8 septembre 2006, soit après le délai de trois mois prévu par l'ALCP, l'a été valablement. Pour le SAM, dans la mesure où il n'a pu informer la recourante de son droit d'option qu'en date du 26 août 2006, soit après l'expiration du délai de trois mois, il s'agissait d'un cas justifié au sens de l'ALCP, autorisant la prise en considération de l'exercice du droit d'option, bien que hors délai. En revanche, pour la recourante, l'ALCP et ses directives d'application, tant suisses que françaises, sont claires en ce sens que toute personne exerçant son droit d'option après l'expiration du délai de trois mois devait obligatoirement être assurée en Suisse. A l'appui de sa position, elle invoque notamment les arrêts résumés sous consid. 10 supra

A/4093/2015 - 17/22 - a. A titre liminaire, la chambre de céans relève que la jurisprudence citée par la recourante, ne saurait trouver application dans le cas d'espèce. En effet, comme cela a déjà été précisé, ladite jurisprudence concerne uniquement la situation de frontaliers n'ayant à aucun moment exercé leur droit d'option, ce qui n'est pas le cas de la recourante, laquelle a expressément manifesté son souhait d'être affiliée au système français, en remplissant et signant le formulaire idoïne en date du 8 septembre 2006. La seule question qui se pose dans son cas est dès lors celle de savoir si son droit d'option a été exercé valablement, étant donné qu'il l'a été plus de trois mois après le fait générateur. b. Cela étant précisé, il y a lieu de déterminer si la situation de la recourante peut être qualifiée de « cas justifié » au sens de l'ALCP, de sorte que le droit d'option aurait été valablement exercé. Comme précisé précédemment sous consid. 7, les cantons ont l'obligation d'informer l'assuré domicilié dans un Etat membre de l'Union européenne mais exerçant une activité lucrative en Suisse, de son obligation d'être assuré dans ce dernier pays. Ce devoir d'information s'étend à l'évidence également au droit d'option et au délai dans lequel l'exercer. Le droit suisse prévoit dès lors une exception au principe « nul n'est censé ignorer la loi » en imposant aux cantons un devoir d'information. Dans la mesure où le site internet du SAM ne fait pas état du délai dans lequel exercer le droit d'option, sous peine de déchéance, il doit être admis qu'en l'absence d'information donnée par le service précité, ou par l'assureur-maladie, un frontalier ne pouvait pas savoir qu'il devait exercer son droit d'option dans un délai de trois mois dès le fait générateur sous peine de déchéance. Il est d'ailleurs établi que depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, plusieurs cantons ont rencontré des difficultés à informer les ressortissants suisses de l'existence de leur droit d'option comme cela ressort du document « 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 » du 12 juillet 2007. Cela est en partie dû au fait que les ressortissants suisses ne nécessitent aucun permis pour travailler dans leur pays d'origine de sorte qu'ils ne sont pas enregistrés auprès de l'OCP en tant que frontaliers titulaires d'un permis G. Dans un tel cas, le SAM ne peut respecter son obligation de renseigner qu'après avoir été informé du fait générateur, tel qu'un déménagement en France. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que si le frontalier n'a pas été en mesure d'exercer son droit d'option dans le délai de trois mois dès le fait générateur, en raison de l'absence d'information à ce sujet donnée par l'autorité cantonale compétente, on se trouve dans un cas justifié permettant tout de même la prise en considération de l'exercice du droit d'option, pour autant que celui-ci soit effectué dans un délai raisonnable. Retenir le contraire reviendrait à vider l'art. 6a LAMal de sa substance. A noter que le Tribunal fédéral a évoqué cette situation dans son ATF 136 V 295, consid. 2.3.4, sans toutefois se

A/4093/2015 - 18/22 - prononcer dans le cas qui lui était soumis au vu des circonstances particulières du litige. En l'espèce, la recourante a, en date du 28 mars 2006, informé l'OCP, de son départ pour la France, où elle allait résider à compter du 15 avril 2006. L'office précité a transmis cette information au SAM au cours du mois d'août 2006. Par pli du 25 août 2006, le SAM a informé la recourante de l'existence du droit d'option, qu'elle a exercé en date du 8 septembre 2006. Ainsi, dans la mesure où le SAM ne pouvait informer la recourante qu'après avoir reçu de l'OCP l'indication de son déménagement en France, ce qu'il a fait au cours du mois d'août 2006, et que la recourante a immédiatement réagi, on doit considérer qu'on se trouve dans un cas justifié au sens de l'annexe VI, de sorte que l'exemption a déployé ses effets dès le début de l'assujettissement, soit dès le déménagement. Appliquer strictement le délai de trois mois dans un cas tel que celui de la

recourante, alors que l'ALCP prévoit des exceptions, reviendrait à du formalisme excessif, lequel est assimilé à un déni de justice contraire à l'art. 29 al. 1 Cst. (ATF 132 I 249 consid. 5 ; voir également ATF 135 I 6 consid. 2.1; 134 II 244 consid. 2.4.2). 13. Outre le caractère tardif de l'exercice de son droit d'option, la recourante invoque également un défaut d'information des autorités suisses et françaises, relatif notamment au caractère irrévocable du droit d'option, à l'impossibilité de retourner dans le régime d'assurance-maladie suisse et au fait que l'un des deux systèmes était provisoire. a. Comme indiqué précédemment, l'art. 6a al. 1 let. a LAMal prévoit que 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 information doit à l'évidence inclure le fait que l'exercice du droit d'option est irrévocable, ce qui exclut un retour au régime d'assurance-maladie suisse en l'absence d'un nouveau fait générateur. b. Il ressort des pièces produites que le SAM a adressé à la recourante le formulaire relatif au droit d'option, sur lequel le caractère irrévocable du choix était expressément mentionné, au verso, avec la précision que celui-ci était valable pour toute la période de validité du statut de frontalier (« votre choix de système de l'assurance-maladie est irrévocable durant toute la période de validité de votre statut de frontalier »). En annexe à ce formulaire figurait également un courrier d'accompagnement, mentionnant lui aussi le caractère irrévocable du choix ainsi que la procédure à suivre pour exercer le droit d'option. Le terme « irrévocable » ne souffre d'aucune interprétation. Il est par conséquent établi que la recourante a été dûment informée du fait que son choix était irrévocable, ce qui exclue, par définition, tout retour au système d'assurance-maladie suisse tant qu'elle est frontalière. La chambre de céans est également d'avis que la recourante a reçu le courrier d'accompagnement, celui-ci expliquant essentiellement la marche à suivre, A/4093/2015 - 19/22 - dès lors qu'elle a renvoyé dans les temps, le formulaire dûment rempli, auquel était annexée l'attestation émise par l'assureur-maladie SwissLife. c. Par ailleurs, le droit d'option prévu par l'ALCP ne concernait que le choix entre le système suisse et le système français, ce qui ressort expressément du formulaire signé par la recourante, lequel distinguait uniquement entre l'assurance en Suisse (LAMal) et l'assurance dans le pays de résidence, sans plus de précisions, et ne se référait à aucun moment à une assurance privée. Cela correspond au système prévu par l'ALCP, à savoir que la problématique du droit de sous-option – choix de régime français avec possibilité de souscrire à une assurance-maladie privée – relève de l'aménagement interne à la France des modalités d'assujettissement à l'assurance-maladie, relevant de la compétence exclusive de la France et qui ne saurait être remis en question par les autorités suisses (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 du 5 avril 2016, destiné à la publication). Dans ces circonstances, la chambre de céans est d'avis que le devoir d'information des autorités cantonales ne portait pas sur le droit de sous-option, cette problématique étant purement interne à la France. S'agissant de ce point, il appartenait à la recourante de se renseigner auprès des autorités compétentes en France et de procéder à un examen des avantages et inconvénients des systèmes français et suisse, afin de prendre une décision éclairée. Le grief relatif au défaut d'information doit donc également être rejeté. 14. En troisième lieu, la recourante allègue, dans son courriel du 16 août 2015, que la couverture d'assurance proposée par la CMU n'est pas équivalente à celle de la LAMal s'agissant des traitements en Suisse. Partant, le SAM n'aurait jamais dû l'exempter de s'assurer en Suisse. a. L'annexe VI section A par. 1 let. o du règlement 1408/71, remplacé le 1er avril 2012, par l'annexe XI du règlement n° 883/2004 ainsi que l'art. 2 al. 6 OAMal prévoient une exemption pour les frontaliers,

notamment domiciliés en France, dans la mesure où ils prouvent qu'ils bénéficient, dans leur Etat de résidence, d'une couverture en cas de maladie. Force est de constater que, contrairement aux art. 2 al. 2 et 4 OAMal, l'art. 2 al. 6 OAMal ne se réfère à aucun moment à la notion de couverture équivalente de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cet aspect lors de l'exercice du droit d'option (EUGSTER, Krankenversicherung, SBVR XIV, 2016, n° 56 p. 426). Par conséquent, au vu de ce qui précède, la notion d'équivalence invoquée par la recourante ne lui est d'aucune aide. En réalité, ce qui compte, c'est qu'elle soit assurée auprès de la branche « assurance maladie » du régime français de la sécurité sociale, que ce soit auprès de la CMU ou d'une assurance privée. Le grief relatif à l'absence de couverture équivalente doit donc être écarté. 15. Enfin et dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relève encore que le résultat serait de toute manière le même en vertu du principe de l'interdiction de

A/4093/2015 - 20/22 - l'abus de droit, dans l'hypothèse où l'on devait considérer que l'exercice du droit d'option n'était pas valable car hors délai. 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). b. En l'espèce, pour qu'un abus de droit manifeste puisse être reproché à la recourante, il faut que celle-ci ait été consciente de la possibilité de rester affiliée en Suisse et qu'elle se soit délibérément affiliée à une assurance privée française jusqu'à la suppression de cette possibilité tout en se prévalant ensuite de la possibilité d'exercer son droit d'option. Or, force est de constater que la recourante a opté pour le système français en toute connaissance de cause. Elle a entrepris d'elle-même les démarches pour être affiliée auprès d'une assurance privée en France. Quand bien même son attention a été attirée sur la possibilité de rester affiliée en Suisse, elle a souhaité s'assurer en France auprès d'une assurance privée, alors plus favorable sur le plan économique, et ne s'est manifestée auprès du SAM que lorsque son contrat est arrivé à échéance près de 9 ans plus tard. Par ailleurs, le texte de l'art. L 380-3-1 du code français de sécurité sociale prévoyait, dès son entrée en vigueur le 1er janvier 2003, que la possibilité de s'affilier à une assurance privée serait supprimée sept ans après l'entrée en vigueur des accords bilatéraux. En 2006, la période transitoire de sept ans, laquelle devait expirer en 2009, a été prolongée jusqu'en 2014. Ainsi, lors du déménagement de la recourante, en 2006, la question de la suppression de la possibilité de s'affilier à une assurance privée était d'actualité. Par la suite, au cours du deuxième semestre 2012, lorsque le gouvernement français a décidé, pour des questions budgétaires d'avancer la fin des assurances privées au 1er janvier 2013, la problématique du droit d'option a, à nouveau, été discutée. A aucun moment, la recourante n'a manifesté son souhait d'être affiliée au système suisse d'assurance-maladie. Ce n'est finalement que lorsque son contrat d'assurance était sur le

point de venir à

A/4093/2015 - 21/22 - échéance et que la suppression de la possibilité de se faire soigner en Suisse est devenue d'actualité qu'elle a souhaité être réintégrée dans le système de la LAMal. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante était informée de son droit d'option et qu'elle a choisi de l'exercer en toute connaissance de cause. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que la recourante commet un abus de droit, en contestant près de 9 ans après les faits, avoir valablement exercé son droit d'option en 2006. 16. Par conséquent, au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. 17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4093/2015 - 22/22 - 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.