

GE_GERICHTE ATAS/944/2016 vom 16. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_944_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/944/2016 du 16 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/944/2016 del 16 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Par ailleurs, l'art. 36 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05) prévoit que les décisions

A/4426/2015 - 8/19 - sur opposition prises par les organes d'exécution de la LAMal peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans un délai de 30 jours à partir de leur notification. En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, 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. En l'espèce, la recourante, domiciliée en France, travaille pour le compte d'un employeur établi dans le canton. En outre, l'organe d'exécution a son siège à Genève et 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante, en sa qualité de frontalière, à être affiliée pour l'assurance-obligatoire des soins à l'assurance-maladie suisse, plus particulièrement sur son droit d'option selon l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP; RS 0.142.112.681])

E. 5

a) Selon l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse (al. 1). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement au sens de l'art. 13 al. 2 LPGA (al. 3 let. a). Faisant usage de cette compétence, le Conseil fédéral a édicté notamment l'art. 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) aux termes duquel sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à

A/4426/2015 - 9/19 - l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal. L'ALCP est entré en vigueur le 1er juin 2002. Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties à cat accord appliquaient 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). 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 au 1er avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les Parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale, modifié par le Règlement CE n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009. b) En l'occurrence, l'ALCP est applicable à la recourante du point de vue personnel. En effet, de nationalité française, elle 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 du règlement n° 1408/71). Il en va de même de l'applicabilité de l'accord et des règlements cités sous l'angle matériel. En effet, les prestations litigieuses se rapportent à l'un des risques énumérés expressément à l'art. 4 par. 1 du règlement n° 1408/71, en l'occurrence la lettre a (prestations de maladie et de maternité). La recourante ne conteste pas qu'elle a exercé son droit d'option le 24 juin 2002. En revanche, elle soutient que sa dernière période de chômage du 1er août 2007 au 30 avril 2008 aurait dû lui ouvrir un nouveau droit d'option. Le règlement n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) qui a remplacé le règlement n° 1408/71 n'ouvre aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 138 V 392 consid. 4.1.3). Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner à ce stade la situation juridique qui prévaudrait à l'égard de la recourante à partir du 1er avril 2012. Le litige doit donc être examiné au regard du règlement n° 1408/71 alors applicable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_670/2012 du 26 février 2013 consid. 3.1).

E. 6

a) Le Titre II du règlement n° 1408/71 (art. 13 à 17bis) contient des règles qui permettent de déterminer la législation applicable pour toute la généralité des cas. L'art. 13 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art.

13 par. 2 à 17bis, dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. Aux termes de l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71 et sous réserve des art. 14 à 17, le travailleur salarié est 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. Le travailleur frontalier est donc soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*; ATF 135 V 340 consid. 4.3.1 et ATF 133 V 137 consid. 6.1). Ce principe peut être assorti d'exceptions. En effet, en application

A/4426/2015 - 10/19 - de l'art. 89 du règlement n° 1408/71, l'Annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. Cette annexe a été complétée par la Section A de l'Annexe II à l'ALCP « Coordination des systèmes de sécurité sociale ». Il en ressort notamment que les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) 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 et le Portugal. Cette demande doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; lorsque la demande est déposée après ce délai, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation (Annexe II Section A par. 1 let. o ch. 3 b, dans sa version modifiée par les décisions n° 2/2003 et 1/2006 du Comité mixte UE-Suisse des 15 juillet 2003 et 6 juillet 2006 [RO 2004 1277 et RO 2006 5851]). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 340 consid. 4.3.2). Par sa décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003 portant modification de l'Annexe II (RO 2004 1277), le Comité mixte UE-Suisse a précisé les conditions et les effets de l'option consistant à demander d'être exempté de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Il a notamment complété l'Annexe VI du règlement n° 1408/71 par une disposition selon laquelle les personnes soumises aux dispositions légales suisses en vertu du titre II du règlement n° 1408/71 - savoir, notamment, celles qui exercent une activité non salariée sur le territoire d'un Etat membre (art. 13 par. 2 let. b du règlement n° 1408/71) - peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire 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, sous certaines réserves, Finlande (Annexe VI Suisse ch. 3 point b au règlement n° 1408/71 dans sa version modifiée par la décision n° 2/2003 du Comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003 portant modification de l'annexe II [sécurité sociale] à l'ALCP). Cette disposition est entrée en vigueur le 15 janvier 2003 avec effet au 1er juin 2002 (art. 2 de la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003). b) Jusqu'au 1er juin 2002 les relations entre la Suisse et la France en matière de sécurité sociale étaient régies par la convention franco-suisse du 3 juillet 1975. 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). 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 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

A/4426/2015 - 11/19 - engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou couverture maladie universelle [CMU] selon la loi française du 27 juillet 1999). 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. Cet article 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 1er juin 2014 (selon l'actuelle version 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 340 consid. 4.3.3). c) Selon l'OAMal, sont exceptées à l'obligation de s'assurer, les personnes qui, parce qu'elles perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II ou de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, sont assujetties aux dispositions légales d'un autre Etat (art. 2 al. 1 let. d OAMal, introduire par le ch. I de l'O du 22 mai 2002). Sont exceptées de l'obligation de s'assurer sur requête 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 (art. 2 al. 6 OAMal, introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1er juin 2002). Les personnes tenues de s'assurer en vertu de l'art. 1, al. 2, let. d et e, doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse. Si elles s'assurent dans ce délai, l'assurance débute dès la soumission à l'assurance suisse. Si elles s'assurent après ce délai, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation. L'assurance prend fin lorsque ces personnes ne remplissent plus les conditions de soumission à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II (art. 7 al. 8 OAMal). Les frontaliers qui ne sont pas tenus de s'assurer selon l'art. 1 al. 2 let. d et qui exercent en Suisse une activité lucrative, ainsi que les membres de leur famille, pour autant qu'ils n'exercent pas à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire, sont soumis à l'assurance suisse sur requête (art. 3 al. 1 OAMal). Ils sont tenus de s'assurer dans les trois mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assurance prend

A/4426/2015 - 12/19 - fin avec l'abandon de l'activité lucrative en Suisse, avec l'expiration ou la révocation de l'autorisation pour frontaliers, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière (art. 7 al. 4 OAMal). A teneur de l'art. 6a LAMal, 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 (al. 1 let. a). 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 (al. 3). En vertu de l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la

demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2).

E. 7

Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1er juin 2002, l'office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) ainsi que l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences. Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. 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 celle-ci. Les Tribunaux en contrôle librement la légalité et doivent s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1; ATF 133 V 257 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.3). a) Jusqu'en 2007, les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie étaient régies par les Informations destinées aux cantons sur les effets de l'ALCP établies en février 2002 par l'OFAS. Selon le chiffre 7 de ces informations, 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/4426/2015 - 13/19 - trois mois qui suivent la naissance de l'obligation de s'assurer en Suisse. Elles peuvent être exemptées 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. Les cantons devront contrôler l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins des frontaliers exerçant une activité lucrative en Suisse. Comme les cantons délivrent une autorisation aux frontaliers, ils sont également en mesure de vérifier le respect de l'obligation de s'assurer de ce groupe de personnes. Il en va de même pour les personnes qui touchent des prestations de l'assurance-chômage suisse. Les cantons seront assistés dans leurs tâches d'information, à l'égard des bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse ou de rentes suisses, par les organes de l'assurance-chômage et les assureurs sociaux versant des rentes. En collaborant avec l'OFAS et les employeurs compétents, les cantons devront informer les frontaliers déjà au bénéfice d'une autorisation avant l'entrée en vigueur de l'Accord de leur obligation de s'assurer dans les trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de l'Accord. Les cantons doivent établir des circulaires d'information à l'intention des employeurs compétents. Il incombera ensuite aux

employeurs d'informer leurs travailleurs frontaliers. L'OFAS n'établira pas de circulaires. En ce qui concerne l'information des frontaliers qui obtiendront une autorisation après l'entrée en vigueur de l'Accord, les cantons sont seuls compétents. b) Par la suite, l'OFSP a expliqué dans des Informations du 12 juillet 2007, destinées aux assurances LAMal et à leurs réassureurs, aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de s'assurer, concernant l'application de l'ALCP et de la convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie 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'ALCP, 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 ». c) Du côté français, une circulaire n° DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002 de la Direction de la sécurité sociale, Division des affaires communautaires et internationales (ci-après : DACI), 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

A/4426/2015 - 14/19 - 1999, règle notamment les modalités d'application de l'option individuelle. Elle prévoit 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 (point 3). 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 (point 4). Le droit d'option unique est cependant lié au fait générateur de l'obligation d'assurance en Suisse. Ainsi, un nouveau droit d'option existe quand une situation nouvelle amène un nouveau fait générateur d'une obligation d'assurance au régime suisse. Une personne qui a demandé l'exemption ou y a renoncé, ne peut sans justes motifs revenir sur sa décision. De justes motifs peuvent exister lorsque la personne se trouve dans une nouvelle situation sans faute de sa part, (par exemple, si elle se fait exclure pour des raisons légales de l'assurance de son pays de résidence; point 5). Un nouvel exercice du droit d'option est cependant possible quand apparaît un nouveau fait générateur de l'obligation d'affiliation au régime suisse. Mis à part les cas d'arrivée d'un nouveau membre de famille lorsque l'intéressé n'a pas exercé auparavant son droit d'option (voir point 4 ci-dessus) et, bien sûr, de changement d'Etat de résidence entre la Suisse et la France, il ne peut y avoir de nouveau fait générateur lié à l'activité du travailleur ou à l'ancienne activité (chômeur, pensionné), qu'après une discontinuité dans l'obligation d'affiliation en Suisse, l'intéressé ayant été soumis à un autre régime entre temps. Ainsi, par exemple, le travailleur qui a cessé son activité en Suisse, qui est soumis entre temps au régime d'assurance-maladie français et qui reprend ensuite une nouvelle activité en Suisse peut à nouveau bénéficier du droit d'option. En revanche, si à la

fin de son premier contrat, il reprend immédiatement un nouveau contrat de travail en Suisse, il n'y a pas discontinuité dans l'obligation d'affiliation au régime Suisse, l'option antérieure est maintenue. Il ne dispose pas d'un nouveau droit d'option (point 6).

E. 8

A partir de 2008, les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie entre la Suisse et la France dans le cadre de l'ALCP ont été explicitées dans une note conjointe des autorités compétentes suisses et françaises. a) Selon la note conjointe communiquée le 5 mars 2008 (document consultable à l'adresse : www.bag.admin.ch, sous la rubrique Assurance-maladie - Affaires internationales/UE/AELE - Obligation de s'assurer), si l'affiliation auprès d'un assureur français intervient après le délai de trois mois à compter du jour où les personnes qui résident en France mais qui travaillent en Suisse sont soumises au

A/4426/2015 - 15/19 - régime suisse de sécurité sociale 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. Par ailleurs, tant qu'une personne n'est pas assurée auprès d'une institution française, elle reste obligatoirement assurée en Suisse. Il est à noter que le droit d'option peut être exercé chaque fois que la situation de l'intéressé est modifiée. Ainsi l'option effectuée par un travailleur frontalier peut être modifiée lorsqu'il devient pensionné ou rentier du régime suisse de sécurité sociale. 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. b) La note conjointe du 1er février 2013, valable jusqu'au 31 mai 2014, a repris les principes précités tout en précisant que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Pour les personnes concernées, les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de pensionné. Les modifications d'état civil (mariage, divorce) ou les changements de composition de la cellule familiale (naissance ou décès d'un membre de famille) ne sont pas considérés comme de nouveaux faits générateurs. L'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est conditionnée 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, soit au titre de la CMU. Quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM 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. Les personnes ayant opté pour une assurance privée française doivent rester assurées dans le régime français d'assurance-maladie. Cette obligation concerne non seulement les personnes qui ont formellement exercé leur droit d'option en ayant été exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, mais aussi les personnes qui ont de facto exercé leur droit d'option en choisissant de s'assurer en France. c) La note conjointe du 23 mai 2014 rappelle

aux autorités françaises et suisses que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Elle précise que depuis le 1er juin 2014, il n'est plus possible de choisir entre souscrire un contrat d'assurance-maladie privée

A/4426/2015 - 16/19 - et l'Assurance maladie française. Les personnes qui ont opté avant le 1er juin 2014 pour une couverture en France auprès d'une assurance privée bénéficient obligatoirement de l'Assurance maladie française à la date d'échéance de leur contrat qui ne peut aller au-delà du 31 mai 2015. La fin de cette dérogation ne rouvre pas le droit d'option entre la LAMal suisse et l'Assurance maladie française. L'option qui a déjà été exercée pour une couverture maladie en France a un caractère irrévocable. Elle rappelle les démarches à entreprendre et précise que l'affiliation a lieu exclusivement par l'inscription à la CPAM du lieu de résidence. d) L'Accord du 7 juillet 2016 entre la Confédération suisse et la République française concernant l'assurance-maladie prévoit que du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017, les personnes qui sont assurées en France pour les soins en cas de maladie sans avoir formellement exercé leur droit d'option peuvent déposer une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse auprès des services cantonaux compétents. Les cantons doivent affilier à un assureur-maladie suisse toutes les personnes dont ils apprennent, après l'expiration du délai prévu à cet effet, qu'elles sont assurées en France sans avoir exercé formellement leur droit d'option. L'exercice du droit d'option doit s'effectuer à l'aide d'un formulaire établi conjointement qui fixe la procédure à suivre. L'Accord précise à nouveau que le droit d'option est définitif et irrévocable. Il rappelle quels sont les faits générateurs de l'exercice du droit d'option.

E. 9

Selon l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71 et l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, les personnes qui résident en France mais qui travaillent en Suisse sont soumises sauf exceptions à l'assurance-maladie suisse. En instaurant le droit d'option des travailleurs frontaliers, la France a 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. Le droit d'option constitue une dérogation au principe de la *lex loci laboris* ainsi que du principe de l'unicité du droit applicable. Par conséquent, en vertu de l'art. 2 al. 6 OAMal, il appartient aux frontaliers de déposer une requête pour être exemptés de l'obligation de s'assurer à la LAMal. En résumé, selon l'ALCP et les règlements applicables, les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse doivent en principe s'assurer dans ce dernier pays. S'ils ne le souhaitent pas, ils doivent exercer 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). 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 et le régime de la CMU; jusqu'au 1er juin 2014, elles pouvaient aussi, transitoirement, choisir une assurance privée en France (ATAS/58/2015 du 29 janvier 2015 consid. 5b/cc).

A/4426/2015 - 17/19 - En l'espèce, la recourante ayant exercé son droit d'option le 24 juin 2002, il convient de déterminer si après avoir opté pour l'affiliation française, elle a bénéficié de faits générateurs d'un nouveau droit d'option.

E. 10

Il ressort des notes conjointes successives des autorités compétentes que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois et que le choix d'une couverture maladie en France a un caractère irrévocable, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de rentier. En l'espèce, après avoir exercé son droit d'option le 24 juin 2002, la recourante – au bénéfice d'un permis G depuis avril 1999 qui a été renouvelé en juin 2008, puis le 9 août 2010 – s'est retrouvée au chômage du 1er décembre 2004 au 14 juin 2006 et a perçu des prestations françaises de chômage à partir du 8 décembre 2004, au vu du délai de carence. Par la suite, elle a retrouvé un emploi à Genève qu'elle a exercé du 15 juin 2006 au 31 juillet 2007. Étant à nouveau au chômage dès le 1er août 2007, elle a perçu des prestations françaises de chômage dès le 8 août 2007 avant de retrouver un emploi à Genève dès le 1er mai 2008. Au vu de cette situation de perte d'emploi en Suisse, suivie d'une période de plusieurs mois de chômage en France, puis d'une reprise d'activité en Suisse, la recourante remplissait le 15 juin 2006 et le 1er mai 2008, les conditions pour exercer une nouvelle fois son droit d'option. L'intimé ne le conteste pas mais considère que faute d'avoir demandé son affiliation à la LAMal dans les trois mois suivant la reprise de son activité en Suisse, la recourante ne peut pas invoquer sa période de chômage en France pour exercer à nouveau son droit d'option. En outre, elle soutient que la recourante ne peut pas se prévaloir d'un défaut d'information dès lors qu'elle a signé le formulaire concernant la couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers auquel était annexée une lettre d'information auxdits travailleurs. Contrairement à ce que prétend implicitement l'intimé, le formulaire ainsi que la lettre d'information annexée ne mentionnent ni la possibilité d'exercer à nouveau le droit d'option en présence de faits générateurs, ni n'énumèrent lesdits faits générateurs. Or, il n'y a aucune raison que le devoir d'information des cantons concernant le droit d'option ne s'étende pas à la possibilité d'exercer à nouveau le droit d'option en présence de faits générateurs, de sorte que l'intimé n'a pas exercé correctement son devoir d'information. Partant, en l'absence d'information à ce sujet, l'on ne peut pas reprocher à la recourante de ne pas s'être manifestée auprès de l'intimé pour lui faire part de son changement de situation, respectivement de sa période de chômage en France. En outre, le fait que la recourante n'ait pas exercé à nouveau son droit d'option lors de sa reprise d'activité en Suisse, mais ait attendu huit ans avant de se manifester, n'a pas les conséquences qu'en tire l'intimé. En

A/4426/2015 - 18/19 - effet, dans un tel cas, faute de requête visant à être exempté de son obligation de s'assurer, dans un délai de trois mois depuis le début de la reprise d'une activité lucrative en Suisse, le travailleur frontalier résidant en France est soumis d'office à la LAMal (cf. art. 2 al. 6 et 7 al. 8 OAMal). A ce sujet, dans un jugement récent du 29 février 2016 (p. 20) disponible sur Internet à l'adresse

<http://frontalier.moncoachfinance.com/wp-content/uploads/2016/03/Jugement-du-Tribunal.pdf>, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale du Haut-Rhin a jugé que les travailleurs frontaliers ne peuvent être tenus responsables du comportement des Etats qui ont laissé perdurer pendant dix ans une notion de non droit, notamment la Suisse qui 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. Par conséquent, la recourante n'a pas exercé son droit d'option faute d'avoir eu connaissance que la reprise d'une activité lucrative en Suisse après une

période de chômage en France ouvrirait un nouvel exercice dudit droit, alors que l'autorité cantonale compétente avait un devoir d'information à ce sujet en vertu de l'art. 6a LAMal. Il y a lieu de préciser qu'au bénéfice de prestations françaises de chômage à partir du 8 décembre 2004 et sans activité lucrative en Suisse jusqu'au 14 juin 2006, la recourante a été exemptée d'office de l'obligation de s'assurer en Suisse (cf. art. 2 al. 1 let. d OAMal). Il en va de même du 1er août 2007 au 30 avril 2008. Par conséquent, la question du nouvel exercice du droit d'option ne se pose que dès le 1er mai 2008. En définitive, conformément à l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, faute d'avoir exercé le droit d'option prévu par l'art. 2 al. 6 OAMal dans un délai de trois mois dès le 1er mai 2008 (cf. Section A par 1 let. o ch. 3 b de l'annexe II à l'ALCP; art. 7 al. 8 OAMal), la recourante est soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie. Etant donné que la recourante ne s'est pas affiliée au plus tard le 31 juillet 2008, l'assurance déploiera ses effets à la date de l'affiliation en vertu de l'art. 7 al. 8 OAMal. Par conséquent, la chambre de céans invite l'intimé à procéder à l'affiliation d'office de la recourante auprès d'un assureur-maladie suisse en application de l'art. 6 al. 1 LaLAMal étant rappelé que, conformément à l'ATF 129 V 159 applicable par analogie, cette affiliation ne peut pas se faire avec effet rétroactif.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 décembre 2005 sera annulée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4426/2015 - 19/19 - 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.