

## GE\_GERICHTE A/1990/2018 vom 16. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1990\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1990_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/1990/2018 du 16 janvier 2019

IT: GE\_GERICHTE A/1990/2018 del 16 gennaio 2019

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.01.2019  
A/1990/2018

A/1990/2018 ATAS/24/2019 du 16.01.2019 ( LAMAL ), REJETE En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1990/2018 ATAS/24/2019  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 janvier 2019 4 ème  
Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Cessy, France, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET recourant contre SERVICE DE  
L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex 62, Genève intimé EN FAIT 1.  
Monsieur A\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressé ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1962, de nationalité  
suisse, travaille auprès du département de l'instruction publique du canton de Genève  
depuis le 1 er février 1998. Il a quitté la Suisse le 27 décembre 1999 pour s'installer en  
France voisine. ![/endif]>![if> 2. Le 29 septembre 2003, l'intéressé a signé et renvoyé  
au service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM ou l'intimé) le formulaire concernant la  
« [c]ouverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier suisse ou binational résidant en  
France, en Allemagne, en Italie ou en Autriche » que le SAM lui avait préalablement  
adressé. L'intéressé a mentionné qu'il optait pour l'assurance dans son pays de résidence, à  
l'instar des membres de sa famille (son épouse, qui exerçait également une activité lucrative  
dans le canton de Genève, et leur fils mineur). Il a joint l'attestation du même jour de  
Monsieur Jean LORIOT, assureur-conseil auprès de l'agent général des Mutuelles du Mans  
Assurances à Ferney-Voltaire, certifiant que l'intéressé, son épouse et leur fils étaient  
titulaires d'un contrat d'assurance « santé-frontaliers » n°112 478 148 garantissant le  
remboursement des soins médicaux exposés sur France et sur Suisse consécutifs à une  
maladie ou un accident. Le contrat, valable du 1 er novembre 2003 au 30 octobre 2004, était  
renouvelable tacitement. ![/endif]>![if> 3. Le formulaire précité était accompagné d'un  
courrier-type d'information du 17 juin 2002, intitulé « [i]nformation aux travailleurs  
frontaliers et travailleuses frontalières résidant en Allemagne, en Autriche, en France et en  
Italie », indiquant aux destinataires que leur gouvernement leur avait accordé un droit  
d'option, ce qui leur permettait de rester assurés pour les frais de soins, dans leur pays de  
résidence. Les destinataires étaient rendus attentifs au fait que leur choix de systèmes  
d'assurance-maladie était irrévocable durant leur activité en Suisse. ![/endif]>![if> 4.  
Faisant suite à une demande de vérification du droit d'option de l'intéressé, par courriel du  
1 er juin 2017, le SAM lui a répondu qu'il avait formellement effectué son choix de système  
d'assurance-maladie en complétant le formulaire prévu à cet effet et qu'il n'avait pas la  
possibilité de modifier son choix initial, le droit d'option étant irrévocable. ![/endif]>![if>  
5. Par pli du 9 juin 2017 adressé au SAM, l'intéressé a expliqué que lors de son élection  
de domicile en France en 1999 il était assuré, à l'instar de sa famille, auprès d'Assura. En  
2003, il avait contracté une assurance privée en France. Depuis 2013, il était à nouveau  
assuré pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'Assura après avoir été informé par un

collaborateur de cet assureur qu'il était possible de revenir au régime suisse d'assurance, car les conditions en France allaient changer. Il avait alors mis un terme à son assurance en France et n'était plus assuré dans ce pays. Les raisons ayant motivé sa décision d'être affilié au système suisse étaient liées à l'état de santé de son épouse qui souffrait de bipolarité et qui souhaitait pouvoir être soignée à l'Hôpital de Belle-Idée en cas de besoin. ![endif]>![if> 6. Par courriel du 9 août 2017, le SAM a répété que le droit d'option en faveur du régime français était irrévocable. ![endif]>![if> 7. Par courrier du 12 septembre 2017, l'intéressé, sous la plume de son conseil, a demandé au SAM de lui confirmer son droit à être affilié à une caisse-maladie en Suisse. ![endif]>![if> Il a joint notamment : - le courrier du 7 septembre 2017 de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain, faisant suite à une demande de l'intéressé du 18 août 2017 à bénéficiaire du régime général de l'assurance-maladie français, dans lequel cette caisse relevait que la possibilité d'être exempté de l'affiliation obligatoire au régime suisse au bénéfice de l'affiliation au régime général français devait être exercée dans un délai de trois mois suivant la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ou le transfert de domicile en France. Dès lors que l'intéressé était domicilié en France depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1999, il aurait dû transmettre sa demande d'affiliation au régime général français avant le 28 février 2000. En conséquence, il était affilié au régime d'assurance-maladie suisse ; ![endif]>![if> - le « formulaire de choix du système d'assurance-maladie à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale » signé par l'intéressé le 7 septembre 2017, dans lequel ce dernier indiquait qu'il choisissait de s'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Sous le chiffre 6 du formulaire, encadré qui devait obligatoirement être complété par la caisse primaire d'assurance-maladie du lieu de résidence (en l'occurrence celle de l'Ain), cette dernière a mentionné avoir reçu la demande du choix de l'intéressé le 18 août 2017 lequel n'avait pas opté pour l'assurance-maladie française. ![endif]>![if> 8. Par courrier du 9 novembre 2017 adressé à l'intéressé, le SAM a répété la teneur de son courriel du 1<sup>er</sup> juin 2017. L'intéressé était invité à contester la position de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain quant à la date à laquelle celui-ci aurait dû présenter sa demande d'affiliation au 28 février 2000, puisque les accords bilatéraux étaient entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. ![endif]>![if> 9. À la demande de l'intéressé, le SAM a rendu une décision le 21 décembre 2017 par laquelle il refusait son affiliation au régime suisse de l'assurance obligatoire des soins. ![endif]>![if> 10. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2018, l'intéressé a formé opposition à cette décision, arguant en substance que le formulaire signé en 2003 n'était pas reconnu par les autorités françaises, si bien qu'il demeurait soumis au régime suisse de l'assurance obligatoire des soins. ![endif]>![if> 11. Par décision du 7 mai 2018, le SAM a rejeté l'opposition de l'intéressé. Ce dernier avait valablement exercé son droit d'option lorsqu'il avait produit l'attestation du 29 septembre 2003 établie par Mutuelles du Mans Assurances, certifiant qu'il était titulaire d'un contrat d'assurance « santé-frontaliers » garantissant le remboursement des soins médicaux exposés sur France et sur Suisse consécutifs à une maladie ou un accident. En remplissant le formulaire relatif à la couverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier suisse ou binational résidant en France (...), il avait choisi de s'affilier à l'assurance-maladie de son pays de résidence. En outre, il avait déjà été invité à contester la décision de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain qui considérait à tort que la demande d'affiliation de l'intéressé aurait dû lui parvenir avant le 28 février 2000, puisque les accords bilatéraux étaient entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002.

Au demeurant, la chambre de céans avait déjà eu l'occasion de se prononcer sur une problématique semblable dans l'arrêt ATAS/426/2016 en jugeant que la recourante (une frontalière) ne saurait contraindre les autorités suisses à l'affilier d'office à l'assurance obligatoire des soins en Suisse suite aux changements législatifs intervenus en France après l'exercice formel de son droit d'option. Le SAM a ensuite rappelé que le délai de trois mois pour exercer le droit d'option pouvait être dépassé dans des cas justifiés et qu'en l'occurrence le fait qu'il ne pouvait informer l'intéressé au sujet de son droit d'option, celui-ci n'étant pas au bénéfice d'un permis G (frontalier) en raison de sa nationalité, constituait un cas justifiant un dépassement de ce délai. 12. Par acte du 7 juin 2018, l'intéressé, par l'entremise de son conseil, a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la constatation de son droit de s'affilier à l'assurance-maladie obligatoire des soins en Suisse. Le recourant a fait valoir qu'il était soumis, selon les accords bilatéraux, à la législation suisse en matière d'assurance-maladie obligatoire, dès lors qu'il était domicilié dans un pays membre de l'Union européenne et qu'il travaillait en Suisse. Compte tenu de ces circonstances, il devait s'assurer pour les soins en cas de maladie en Suisse. Il incombait à la France de déterminer les conditions auxquelles les travailleurs frontaliers qui résidaient sur son territoire et souhaitaient exercer leur droit d'option pouvaient s'affilier à la branche « assurance-maladie » du régime français de la sécurité sociale. Il ne contestait pas le fait qu'il avait opté pour l'assurance de son pays de résidence, mais arguait que son choix n'avait pas été valablement exercé, car il ne remplissait pas les requis légaux. La France ne reconnaissait pas le formulaire relatif à la couverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier suisse ou binational résidant en France (...), considérant que les conditions d'assujettissement au régime français d'assurance-maladie n'étaient pas réunies. Il n'avait par conséquent jamais bénéficié d'une assurance de soins dans son pays de résidence, si bien qu'il restait obligatoirement assuré en Suisse. Le fait qu'il ait été au bénéfice d'un contrat d'assurance privé à l'époque n'était pas pertinent, car celui-ci n'était de toute évidence pas valable. En outre, l'arrêt cité par l'intimé ( ATAS/426/2016 ) différait du cas d'espèce, dans la mesure où le droit d'option avait été valablement exercé dans cette affaire. Cela dit, il avait adressé un courrier le 28 mai 2018 à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain au sujet des motifs de refus de son affiliation en France et était dans l'attente d'une décision de la part de cette autorité. Enfin, sa demande d'exemption du 29 septembre 2003 avait été formée plus de trois mois après l'entrée en vigueur des accords bilatéraux pour la Suisse et était donc tardive. 13. Dans sa réponse du 17 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que, jusqu'au 31 mai 2014, la couverture maladie en France pouvait être acquise soit par l'affiliation au régime général de sécurité sociale, soit par une assurance privée en France. À partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, les frontaliers ayant opté pour une couverture maladie en France étaient affiliés au régime général français de sécurité sociale. Les personnes qui avaient opté pour une assurance privée française devaient rester assurées dans le régime français d'assurance-maladie et ne pouvaient pas s'assurer dans le régime suisse de l'assurance obligatoire des soins. La fermeture par la France de la possibilité d'opter pour une assurance privée ne constituait pas un motif de révocation d'un droit d'option déjà exercé pour le système français. Quand bien même il avait exercé son droit d'option après l'échéance du délai de trois mois, celui-ci pouvait être dépassé dans des cas justifiés. L'office fédéral de la santé public (OFSP) avait établi un document le 12 juillet 2007 intitulé « Informations concernant l'application de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de la

Convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie », mentionnant les difficultés rencontrées par certains cantons dans le cadre du contrôle de certains frontaliers. Dans le cas d'espèce, le recourant, de nationalité suisse, n'était pas titulaire d'un permis G. Ignorant ainsi son statut de frontalier, l'intimé n'avait pas pu l'informer de son droit d'option. Il s'agissait ainsi d'un cas justifiant l'exercice du droit d'option après l'échéance du délai de trois mois. De plus, le fait de se prévaloir du dépassement de ce délai pour se départir du choix du régime d'assurance effectué quelques neuf ans auparavant en toute connaissance de cause était un comportement contradictoire constitutif d'un abus de droit selon le Tribunal fédéral. En outre, il y avait lieu de distinguer la question de l'exercice du droit d'option de celle relative à l'aménagement interne des modalités d'assurance-maladie. Ainsi, il appartenait d'abord à l'intimé de contrôler l'affiliation du frontalier et ce n'était que dans un deuxième temps que les modalités propres au système d'assurance-maladie choisi s'appliquaient. Le recourant avait clairement choisi le système d'assurance-maladie de son pays de résidence, en joignant une copie de son certificat d'assurance auprès des Mutuelles du Mans Assurances. Son argument selon lequel il n'aurait jamais bénéficié légalement d'une assurance des soins en France était dès lors dénué de toute pertinence. Si la situation de l'arrêt ATAS/426/2016 différait quelque peu de celle de la présente cause, il n'en demeurerait pas moins qu'il traitait de l'hypothèse d'un frontalier, se trouvant sans assurance, ayant exercé formellement son droit d'option. Il était de surcroît étonnant que le recourant entreprît seulement le 28 mai 2018 une démarche auprès de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain pour connaître les motifs de refus de son affiliation en France. Enfin, les polices d'assurance émises par Assura, produites par le recourant, n'étaient pas pertinentes, car cet assureur n'était pas compétent pour déterminer si le recourant pouvait être affilié au régime suisse de l'assurance obligatoire des soins. 14. Dans sa réplique du 26 juillet 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété qu'il n'avait pas valablement exercé son droit d'option en 2003, dès lors que le délai légal pour ce faire était dépassé et qu'il ne bénéficiait pas d'une couverture d'assurance équivalente en France, le formulaire de l'époque n'ayant pas été visé par la France. Cet État considérait donc qu'il avait toujours été assuré en Suisse. Or, selon cette dernière, il était assuré depuis 2003 en France. Il s'agissait d'une situation de « double affiliation » virtuelle, car chaque pays estimait que le recourant était affilié auprès de l'autre. Pour pallier au fait que des personnes se trouvaient, comme en l'espèce, affiliées aux deux systèmes d'assurance-maladie ou qu'elles n'avaient pas pu exercer formellement leur droit d'option, les deux États avaient conclu le 7 juillet 2016 un accord concernant l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie pour les frontaliers, accordant une nouvelle possibilité d'exemption formelle durant une période limitée du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 septembre 2017. Sur cette base, le recourant avait signé un nouveau formulaire le 7 septembre 2017 et la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain avait confirmé et validé son choix du système d'assurance-maladie. Ainsi, ayant exercé son droit d'option dans les délais conformément à l'accord dérogatoire précité, il devait rester affilié à l'assurance obligatoire des soins en Suisse. Enfin, dans la mesure où l'exercice du droit d'option valait pour l'ensemble des membres de la famille résidant dans le même État et que son épouse était affiliée au régime de l'assurance obligatoire des soins en Suisse, il se justifiait de reconnaître également son affiliation audit régime. 15. Dans sa duplique du 23 août 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, relevant en particulier qu'en 2003, aucun visa de la part de la France n'était requis. Le formulaire ne prévoyait en effet aucune rubrique exigeant le tampon de la France. Ce n'était qu'avec l'introduction du nouveau

formulaire en 2013 qu'était apparue une rubrique devant obligatoirement être complétée par la caisse primaire d'assurance-maladie du lieu de résidence. Par ailleurs, l'accord cité par le recourant ne s'appliquait pas à la présente cause, celui-ci s'adressant uniquement aux frontaliers n'ayant pas rempli de formulaire. Or, le recourant avait choisi le système d'assurance-maladie de son pays de résidence en complétant le formulaire idoine en 2003. Il avait dès lors formellement exercé son droit d'option. En outre, les personnes domiciliées en France qui avaient exercé formellement leur droit d'option pour conclure une assurance privée (à l'époque où le droit français le permettait) ne pouvaient pas revenir dans le système suisse. Conformément au droit français, elles devaient s'assurer dans le système général de l'assurance-maladie en France. Enfin, la situation de son épouse, qui était bénéficiaire d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005, était distincte de celle du recourant et obéissait à des règles particulières. 16. Dans son écriture du 7 septembre 2018, le recourant a indiqué que l'argumentation de l'intimé selon laquelle le délai de trois mois pouvait être dépassé dans des cas justifiés n'était pas pertinente, puisque la France n'avait pas eu connaissance du formulaire de 2003, si bien qu'il n'avait pas été visé par cet État. Même dans l'hypothèse où la France aurait reçu ce document, elle n'aurait pas considéré qu'une prolongation du délai légal de trois mois se justifiait, car il ne bénéficiait de toute manière pas d'une couverture-maladie équivalente en France. Ainsi, la condition cumulative à la validité de l'exercice de son droit d'option n'était pas donnée. Le raisonnement de l'intimé, selon lequel l'accord dérogatoire ne trouvait pas application, était dénué de sens. Soit, comme le faisait valoir l'intimé, il avait exercé son droit d'option en France en 2003 et n'avait pas formellement demandé son exemption en Suisse, de sorte que sa situation devait être régularisée selon l'accord dérogatoire qui s'appliquait. Dans cette hypothèse, il avait valablement exercé son droit d'option en faveur de l'assurance-maladie suisse au moyen du formulaire validé par l'État français le 18 août 2018. Soit, il n'avait pas exercé son droit d'option en faveur de l'assurance-maladie en France, auquel cas l'accord précité ne s'appliquait effectivement pas. Dans cette hypothèse, il devait alors obligatoirement être affilié en Suisse. Enfin, il se justifiait qu'il soit affilié en Suisse à l'instar de son épouse qui n'avait pas demandé d'exemption. 17. Copie de cette écriture transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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), 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). b. En vertu de l'art. 58 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, 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. c. Le recourant, domicilié en France, travaille en qualité de frontalier pour un employeur sis dans le canton de Genève. Par ailleurs, la contestation porte sur une question relative à la LAMal. La chambre de céans est par conséquent compétente ratione loci et materiae pour juger du cas d'espèce. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]; art. 89B de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12

septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit du recourant, en sa qualité de frontalier, à être affilié pour l'assurance obligatoire des soins à l'assurance-maladie suisse, plus particulièrement sur l'exercice de son droit d'option au sens de l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP - RS 0.142.112.681]).

5. Selon l'art. 3 al. 1 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.

En vertu de l'art. 3 al. 3 let. a LAMal, 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. 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 État membre de l'Union européenne (anciennement : 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.

6. a. L'ALCP, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des États 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).

7. Selon l'art. 1 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 1<sup>er</sup> 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. Le règlement n° 883/2004 n'ouvre aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 138 V 392 consid. 4.1.3).

8. a. Aux termes de l'art. 13 par. 1 du règlement n° 1408/71, sous réserve des art. 14 quater et 14 septies, les personnes auxquelles le règlement est applicable sont soumises à la législation d'un seul État membre, déterminé selon les art. 13 à 17 bis (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 État d'occupation salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre État membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège

ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre. En d'autres termes, le travailleur frontalier est soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'État où il travaille (principe de la *lex loci laboris*): l'État compétent est l'État d'emploi (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 n° 1408/71, l'annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains États membres. 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 États suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, Finlande et, dans certains cas, le Portugal. La demande d'exemption doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; lorsque la demande est déposée après ce délai, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation (chapitre « Suisse », ch. 3 point b). Par sa décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003 portant modification de l'annexe II de l'ALCP (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 peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, France, Italie et, sous certaines réserves, 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 (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 portant modification de l'annexe II [sécurité sociale] de l'ALCP du 15 juillet 2003). Cette disposition est entrée en vigueur le 15 janvier 2003 avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2002 (art. 2 de la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 in fine). c. Jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2002 les relations entre la Suisse et la France en matière de sécurité sociale étaient régies par la convention entre la Confédération suisse et la République française du 3 juillet 1975 (RS 0.831.109.349.1). Les travailleurs frontaliers n'avaient alors pas l'obligation de s'affilier à la LAMal, faute de domicile en Suisse (art. 3 LAMal), mais ils en avaient la faculté (art. 3 OAMal). 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 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 1<sup>er</sup> juin 2014, que les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (ATF 135 V 340 consid. 4.3.3).

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 Erwin MURER/ Hans-Ulrich STAUFFER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n. 23 ad Art. 3; Guylaine 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 1<sup>er</sup> juin 2014, l'assurance privée en France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.4).

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

a. Selon les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d OAMal, les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal, sont tenues de s'assurer en Suisse.

b. Quant à la procédure pour faire valoir le droit d'option, elle est la suivante. Conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2012), sont sur requête exceptées de l'obligation de s'assurer en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins les personnes qui résident dans un État 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'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de la Communauté européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie. À titre de preuve, il leur suffit de présenter un certificat d'assurance correspondant aux exigences du système de l'assurance-maladie de l'État de domicile. Une attestation écrite de l'organe étranger compétent n'est pas nécessaire (voir le document établi par l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) en février 2002, intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie, Informations destinées aux cantons », p. 25 et 26). Les frontaliers souhaitant faire usage du droit d'option octroyé par l'ALCP et le règlement n° 1408/71 devaient en faire la demande dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de l'ALCP, soit jusqu'au 31 août 2002. En raison de modifications législatives en France en ce qui concernait la CMU, la Suisse a accordé un nouveau délai d'option jusqu'au 31 mars 2003 afin de permettre le passage à la CMU (voir Feuille d'information 1/03 sur l'admission des frontaliers dans l'assurance-maladie sociale en France, établie par l'OFAS, destinée aux organes cantonaux compétents, datée du 29 janvier 2003). 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 (art. 6a al. 3 LAMal). Dans le canton de Genève, le SAM est compétent pour statuer sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 LaLAMal).

9. a. À teneur de l'art. 6a al. 1 let. a LAMal,

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

b. Dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », destiné aux cantons, daté du mois de février 2002, l'OFAS a précisé que les cantons devaient établir des circulaires d'information à l'intention des employeurs compétents, lesquels devaient ensuite informer leurs travailleurs frontaliers (p. 16).

c. Les personnes résidant en France, à l'exception des ressortissants suisses, et qui exerçaient une activité lucrative en Suisse devaient bénéficier, avant l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, d'une autorisation de travail délivrée par le canton d'emploi (permis G). Comme ils étaient compétents pour délivrer les autorisations de travail, les cantons étaient en mesure de vérifier le respect de l'obligation de s'assurer des frontaliers qui n'étaient pas de nationalité suisse. En revanche, pour les frontaliers de nationalité suisse, qui ne devaient pas bénéficier d'une autorisation de travail, le devoir d'information relevait de l'employeur (RIONDEL BESSON, op. cit., p. 36 et 37).

10. a. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1<sup>er</sup> juin 2002, l'OFSP ainsi que l'OFAS ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences.

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 contrôlent 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).

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'État 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. Comme l'assurance suisse des soins ne connaît pas le système de l'assurance automatique, il peut arriver alors qu'il y ait des personnes non assurées lorsque ces personnes ne peuvent pas demeurer

assurées auprès de l'assurance étrangère des soins déjà existante ». c. Par la suite, l'OFSP a expliqué, dans un document intitulé « Informations concernant l'application de l'Accord de la libre circulation des personnes et de la convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie », daté du 12 juillet 2007 et destiné aux assurances LAMal et à leurs réassureurs, aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de s'assurer, que « certains cantons nous ont fait part de leurs difficultés à contrôler les frontaliers ainsi que les rentiers et à les informer sur leur obligation de s'assurer en Suisse ou sur un éventuel droit d'option lorsqu'ils résident dans un État membre de l'UE/AELE (...). Selon l'Accord sur la libre circulation des personnes, le délai de trois mois prévu pour le dépôt de la demande d'exemption lors de l'exercice du droit d'option peut être dépassé dans des cas justifiés. Nous sommes d'avis qu'un assuré qui n'aurait pas été informé à temps de son droit d'option devrait avoir la possibilité de l'exercer ultérieurement pour autant que ce soit fait dans un délai raisonnable et que l'assurance étrangère accepte son affiliation après l'échéance du délai de trois mois ». d. Dans une « Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne » du 11 mars 2008, l'OFAS et la Direction de la sécurité sociale, subdivision du Ministère français de la santé, de la jeunesse et des sports, ont considéré que « si l'affiliation auprès d'un assureur français intervient après le délai de trois mois ou si la demande d'exemption est rejetée par l'autorité cantonale ou l'Institution commune LAMal, l'intéressé doit être obligatoirement assuré en Suisse (...). Par conséquent, le droit d'option ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès d'une assurance sociale ou privée française mais comme une possibilité de ne pas s'affilier auprès d'un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis (...). Les personnes qui ne peuvent exercer correctement leur droit d'option (par exemple, après l'échéance du délai de trois mois) doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance-maladie (...). Toutefois, l'option devra être effectuée dans les délais sous peine que le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévale (...). Les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale en raison de l'exercice de leur activité professionnelle doivent déposer une demande d'exception à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'autorité cantonale compétente de leur lieu de travail, qui statuera ». e. Les principes précités ont été repris dans la note conjointe du 1<sup>er</sup> février 2013, dans laquelle l'OFAS et la Direction de la sécurité sociale ont encore précisé que « l'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est 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 (et donc précédemment visé par l'assureur privé), soit au titre de la CMU. Quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM [i.e. la caisse primaire d'assurance-maladie] du lieu de résidence sous peine d'invalider le droit d'option exercé (...). En l'absence de ce formulaire dûment rempli et visé, l'exemption à une couverture maladie suisse n'est pas possible. Une carte européenne d'assurance maladie ou une carte Vitale ou tout autre document ne remplacent pas ledit formulaire ». Cette note précise également 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. f. Dans un document intitulé « Révision de la Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France; introduction d'un formulaire ad hoc harmonisé – Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse : effets sur l'assurance-maladie et sur l'assujettissement des travailleurs détachés », daté du 2 mai 2013, en annexe duquel figurait la note conjointe du 1<sup>er</sup> février 2013, l'OFSP a relevé que « les personnes exerçant leur droit d'option ont actuellement deux possibilités d'assurance en France : soit elles s'affilient au régime général d'assurance-maladie (CMU), soit elles souscrivent une assurance privée. La plupart des travailleurs français ont choisi cette dernière possibilité, dont la législation nationale française prévoit de longue date qu'elle sera fermée au 1<sup>er</sup> juin 2014 (cette restriction figurait d'ailleurs déjà dans la note conjointe de 2008). Une fois ce réaménagement entré en vigueur, les personnes qui ont opté pour une couverture privée, et leurs membres de famille non actifs, basculeront dans l'assurance-maladie sociale française (CMU). Ces personnes doivent s'assurer dans le régime français d'assurance-maladie et ne peuvent pas revenir dans le système LAMal (cf. ci-dessus ch. 3 Irrévocabilité du droit d'option). Cette obligation de rester assuré dans le régime français concerne non seulement les personnes qui ont été exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, mais aussi les personnes qui ont de facto exercé leur droit d'option en concluant une assurance privée en France sans en référer aux autorités suisses (p. ex. citoyen suisse domicilié en France et travaillant en Suisse – sans avoir besoin d'un permis G – et qui a de ce fait échappé au contrôle cantonal de l'obligation de s'assurer) ». g. 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 1<sup>er</sup> juin 2014, il n'est plus possible de choisir entre souscrire un contrat d'assurance-maladie privée et l'assurance-maladie française. Les personnes qui ont opté avant le 1<sup>er</sup> 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 (recte : 2014). 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. 11. Dans un arrêt 9C\_801/2014 du 10 mars 2015, le Tribunal fédéral a considéré que les travailleurs frontaliers qui sont soumis à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse du fait qu'ils y exercent une activité lucrative ne peuvent être exemptés de cette obligation que sur requête formelle, conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal. Les personnes soumises à l'assurance obligatoire en Suisse qui ne s'étaient jusqu'ici pas assurées en Suisse, mais qui avaient conclu une assurance équivalente dans leur État de domicile, sans avoir déposé une demande formelle d'exemption, peuvent s'assurer en Suisse. L'exercice tacite du droit d'option n'est ainsi juridiquement pas valable (consid. 3.3 ; cf. lettre d'information du 20 avril 2015, établie par l'OFSP, destinée aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de l'assurer, aux assureurs LAMal, à leurs réassureurs et à l'Institution commune LAMal). 12. 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 (...). 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> juin 2002 (...) ». Lorsque la demande est déposée en dehors du délai de trois mois, soit après le 1<sup>er</sup> septembre 2002, « l'exemption n'est plus possible. De plus, si la personne n'était pas assurée en Suisse avant l'entrée en vigueur et ne s'est pas fait connaître des institutions suisses avant la fin du délai, elle devra non seulement s'affilier obligatoirement en Suisse, mais devra payer un supplément de prime pour affiliation tardive. Son affiliation ne sera effective qu'à compter de la demande. Si des motifs valables sont avancés par l'intéressé, une exemption pourra néanmoins être accordée, mais ne prendra effet qu'à la date de la demande (...) ». Le paragraphe concernant les bénéficiaires potentiels du droit d'option ne désirant pas user de ce droit et ne souhaitant pas demander une exemption d'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie prévoit que si ceux-ci « ne sont pas déjà affiliés en Suisse, ils devront faire la démarche auprès des assureurs suisses et ce dans un délai de trois mois après l'entrée en vigueur de l'accord pour ceux qui remplissaient déjà les conditions (...). Si ce délai de trois mois n'est pas respecté, l'intéressé devra payer un supplément de prime. Il relève en effet de la législation suisse à partir de la survenance de l'obligation s'il n'a pas demandé d'exemption. Or le droit suisse accorde un délai de trois mois pour répondre à l'obligation d'assurance, au-delà un supplément de prime est demandé. Ainsi, un bénéficiaire potentiel du droit d'option qui est assuré en France pour le risque maladie au moment de l'entrée en vigueur de l'accord et qui ne désire pas user de ce droit, devra s'affilier en Suisse pour ce risque et il doit pour cela se faire connaître auprès des services cantonaux ou des assureurs suisses le plus tôt possible et au plus tard dans un délai de trois mois, sauf à risquer d'encourir des pénalités sous forme de suppléments de prime ».

13. Au vu des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du droit d'option des frontaliers, la Confédération suisse et la République française ont adopté le 7 juillet 2016 un Accord concernant l'assurance-maladie, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Il précise dans les relations franco-suisse les conditions d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse en application de la lettre b du chiffre 3 sous « Suisse » de l'annexe XI du règlement n° 883/2004 et la procédure y relative (art. 1 ch. 1), les modalités d'exemption de l'assurance-maladie suisse et de radiation de l'assurance-maladie française des personnes en situation d'affiliation simultanée aux régimes suisses et français d'assurance-maladie, qui n'ont pas demandé formellement une exemption de l'assurance-maladie suisse et clarifie la situation des personnes assurées en France pour les soins en cas de maladie qui n'ont pas demandé formellement une exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse (art. 1 ch. 2). Il prévoit que les personnes qui sont assurées en France pour les soins en cas de maladie sans avoir déposé formellement de demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse peuvent, dans les douze mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'Accord, soit du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 septembre 2017, demander à être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire suisse (art. 4 ch. 1) en utilisant un formulaire conjoint qui décrit la procédure y relative et atteste également de cette exemption (art. 3 ch. 1). Passé ce délai, ces personnes sont exclusivement soumises aux dispositions juridiques suisses régissant l'assurance-maladie obligatoire (art. 4 ch. 2).

Les personnes dans une situation d'affiliation simultanée aux régimes suisse et français d'assurance-maladie, et qui ne souhaitent pas être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire suisse, sont radiées de l'assurance-maladie française sur présentation d'un formulaire E 106 ou d'une attestation S 1 émis par l'assureur-maladie suisse (art. 6). Cet accord demeurera en vigueur pour la même durée et selon les mêmes modalités que l'ALCP (art. 8 ch. 1).

14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

15. a. En l'espèce, le recourant ne conteste pas qu'il a exercé son droit d'option le 29 septembre 2003. Dès lors que le règlement n° 883/2004 - qui a remplacé le règlement n° 1408/71 dès le 1<sup>er</sup> avril 2012 - n'ouvre aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 138 V 392 consid. 4.1.3), il n'y a pas lieu d'examiner la situation juridique qui prévaudrait à l'égard du recourant à partir du 1<sup>er</sup> avril 2012 selon ce règlement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_670/2012 du 26 février 2013 consid. 3.1). Le litige doit donc être examiné au regard du règlement n° 1408/71, applicable lorsque le recourant a exercé son droit d'option.

L'ALCP et le règlement n° 1408/71 sont applicables au recourant du point de vue personnel : de nationalité suisse et résidant en France, il doit être considéré comme un travailleur qui est ou était soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres (art. 2 par. 1 du règlement n° 1408/71). 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, en l'occurrence la lettre a (prestations de maladie et de maternité), la réglementation précitée lui est également applicable du point de vue matériel.

b. En tant que résident français travaillant en Suisse, le recourant, qui a un statut de frontalier au sens de l'ALCP, bénéficiait du droit d'option et pouvait, s'il le souhaitait, s'affilier auprès d'une assurance française (assurance publique ou privée - jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2014) en lieu et place d'un assureur-maladie suisse. Il ressort des pièces du dossier, ce qui au demeurant est admis par le recourant en tant que tel, qu'il a signé le formulaire par lequel il a exercé le droit d'option en date du 29 septembre 2003. Le recourant, qui ne nie pas d'avoir opté pour l'assurance maladie de son pays de résidence (France), soutient en revanche que le droit d'option, exercé le 29 septembre 2003, ne l'a pas été valablement, pour un triple motif : (i) le droit d'option, exercé plus de trois mois après l'entrée en vigueur de l'ALCP, était tardif, (ii) il ne bénéficiait pas d'une assurance équivalente en France et (iii) le formulaire par lequel il avait exercé le droit d'option en 2003 n'avait pas été visé par la France.

c. L'argumentation du recourant tombe à faux. En premier lieu, certes, les frontaliers qui travaillaient en Suisse et résidaient en France lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP, devaient, s'ils voulaient faire usage du droit d'option, en faire la demande dans un délai de trois mois, c'est-à-dire jusqu'au 31 août 2002. La Suisse a toutefois accordé un nouveau délai d'option jusqu'au 31 mars 2003 afin de permettre aux frontaliers qui le souhaitaient de pouvoir s'assurer auprès de l'assurance-maladie sociale française (CMU) suite à une modification législative en France, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, autorisant l'affiliation des frontaliers travaillant en Suisse à la CMU, ce qui

était exclu jusqu'alors (cf. feuille d'information 1/03 de l'OFAS sur l'admission des frontaliers dans l'assurance-maladie sociale en France du 29 janvier 2003) - étant relevé que, pour une période transitoire, les intéressés pouvaient choisir des opérateurs privés en cas d'option pour la couverture d'assurance en France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Ainsi, le recourant, qui disposait d'un délai jusqu'au 31 mars 2003 pour se libérer de l'obligation de s'assurer en Suisse, a exercé son droit d'option le 29 septembre 2003, soit six mois après l'octroi du nouveau délai d'option de trois mois (à partir de l'entrée en vigueur de la loi française le 1<sup>er</sup> janvier 2003). Cela étant, l'ALCP prévoit que, dans des cas justifiés, le délai de trois mois pour exercer le droit d'option peut être dépassé. En l'occurrence, on ignore à partir de quand et dans quelles circonstances le recourant a été informé de la possibilité de choisir entre le système suisse ou français de l'assurance-maladie. Si, conformément à l'art. 6a al. 1 let. a LAMal, les cantons doivent informer les frontaliers sur l'obligation de s'assurer, in casu, le recourant, qui travaillait dans le canton de Genève en tant que frontalier de nationalité suisse, a probablement échappé au contrôle cantonal de l'obligation de s'assurer. Ne nécessitant d'aucun permis pour exercer une activité lucrative dans son pays d'origine, il n'était alors pas enregistré auprès de l'office cantonal de la population et des migrations en tant que frontalier titulaire d'un permis G. Dans ce cas de figure, le SAM ne pouvait respecter son obligation de renseigner qu'après avoir été informé du fait générateur, tel qu'un déménagement en France (cf. ATAS/469/2016 du 16 juin 2016 consid. 12b). Or, lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1<sup>er</sup> juin 2002, le recourant était déjà domicilié en France (depuis décembre 1999). En outre, si, selon l'art. 6a al. 3 LAMal, les cantons ont l'obligation d'affilier d'office les personnes tenues de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins (LAMal) dès qu'ils constatent que ces personnes ne se sont pas assurées en temps utile (cf. Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 31 mai 2000, FF 2000 3751 p. 3765), in casu, le SAM n'avait certainement pas de raison de le faire, puisque, lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP, le recourant, assuré chez Assura (à tout le moins depuis 1999), était affilié à la LAMal - facultativement (art. 3 OAMal), ce jusqu'en 2003. En tout état de cause, la question de savoir si la situation du recourant peut justifier l'exercice du droit d'option en dehors du délai de trois mois peut rester ouverte. En effet, par la signature du formulaire idoine le 29 septembre 2003, le recourant a demandé à être exempté de l'obligation d'être affilié en Suisse au profit du système français d'assurance-maladie, ce qui a été accepté par le SAM, autorité compétente en la matière. Dans ces circonstances, le recourant abuse de son droit en contestant en 2017 son droit d'option, soit quatorze ans après l'avoir formellement et sciemment exercé en 2003 (cf. dans le même sens : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_561/2016 du 27 mars 2017 consid. 5.2 et 6.2). Ainsi, aux termes de l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi. En second lieu, le droit d'option prévu par l'ALCP ne concerne que le choix entre le système suisse et le système français, ce qui ressort expressément du formulaire signé par le recourant en 2003, 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 (à titre provisoire) – relève de la compétence exclusive de la France (ATF 142 V 192 consid. 5.1 et 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_561/2016 du 27 mars 2017 consid. 6.2). L'annexe VI section A par. 1 let. o du règlement n° 1408/71 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 État de résidence, d'une couverture en cas de maladie. Force est de constater que ces textes ne se réfèrent 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 (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, SBVR XIV, 2016, n. 56 p. 426). En réalité, ce qui compte, c'est que le recourant soit assuré 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 (jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2014). Le grief relatif à l'absence de couverture équivalente doit donc être écarté. En troisième lieu, contrairement à ce que semble croire le recourant, le formulaire qu'il a signé en 2003 ne devait pas être visé par la France avant que le SAM ne statue sur la demande d'exemption de l'assurance-maladie suisse. Ce document ne comprend aucun encadré qui devait être complété et signé par la caisse primaire d'assurance-maladie du lieu de résidence (soit celle de l'Ain en l'occurrence). Hormis les données personnelles concernant le frontalier et les membres de sa famille qui n'exerçaient pas d'activité lucrative ainsi que le choix entre l'assurance en Suisse ou l'assurance dans le pays de résidence, le formulaire requérait la preuve que le frontalier et les membres de sa famille susvisés étaient assurés dans le pays de résidence en joignant une copie du certificat d'assurance. Le recourant avait alors annexé audit formulaire l'attestation du 29 septembre 2003 des Mutuelles du Mans Assurances certifiant que le recourant était titulaire d'un contrat d'assurance « santé-frontaliers » garantissant le remboursement des soins médicaux prodigués en France et en Suisse suite à une maladie (ou un accident). Le document établi par l'OFAS en février 2002, intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie, Informations destinées aux cantons », indique à cet égard que les personnes qui entendent faire usage de leur droit d'option « doivent établir qu'elles sont couvertes pour les cas de maladie dans leur État de domicile (...). À titre de preuve, il suffit de présenter un certificat d'assurance (...). Une attestation écrite de l'organe étranger compétent n'est pas nécessaire » (p. 25-26). L'exigence de soumettre un formulaire dûment rempli et visé par la caisse primaire d'assurance-maladie du lieu de résidence a été introduite ultérieurement, ce qui ressort notamment de la note conjointe de l'OFAS et des autorités compétentes françaises du 1<sup>er</sup> février 2013 (p. 3). Au demeurant, on peut se demander si le recourant, lorsqu'il s'est adressé à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain le 18 août 2017 pour manifester son choix du système d'assurance-maladie (sic), a informé cette autorité de l'existence du formulaire qu'il avait signé le 29 septembre 2003. Dans son courrier du 7 septembre 2017, la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Ain ne fait aucunement référence audit formulaire et procède à l'appréciation du cas uniquement à l'aune de la demande du recourant du 18 août 2017. Or, c'est le lieu de rappeler que l'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse, demandée et obtenue en 2003, a un caractère irrévocable, sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice. Cette notion de fait générateur a été interprétée de concert par les autorités suisses et françaises qui en ont dressé la liste exhaustive (prise d'activité en Suisse, reprise d'activité en Suisse, prise de domicile en France, passage du statut de travailleur à celui de pensionné). Le recourant n'entre toutefois dans aucune de ces catégories. En outre, le transfert des frontaliers actifs dont les membres de la famille sont au bénéfice d'une rente suisse ne fait pas partie de cette liste. Ainsi, contrairement à ce que prétend le recourant, le simple fait que son épouse soit soumise à la LAMal en raison de son statut de rentière suisse (AI) domiciliée dans un État de l'Union européenne (annexe VI au règlement n°1408/71,

chapitre « Suisse », ch. 3 point a ii) ne constitue pas un motif justifiant une modification du choix du système d'assurance-maladie précédemment effectué par le recourant. La lettre d'informations de l'OFSP relatives au nouveau droit européen de coordination des assurances sociales/ 3 e actualisation de l'annexe II de l'ALCP du 9 mars 2012 est explicite à cet égard : les rentiers qui ne bénéficient d'aucune rente dans leur pays de domicile sont soumis à l'assurance-maladie obligatoire dans le pays qui leur verse la rente, de même que les membres de leur famille sans activité lucrative (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/kreis-und-informationsschreiben/informationsschreiben-internationales.html>, p. 6), ce qui n'est pas le cas du recourant, lequel exerce une activité lucrative. Enfin, c'est à tort que le recourant se prévaut de l'accord franco-suisse du 7 juillet 2016 concernant l'assurance-maladie pour soutenir qu'il a exercé son droit d'option dans les délais prévus par cet accord. En effet, l'art. 1 ch. 2 de l'accord indique expressément que cet accord a pour objet de préciser les modalités d'exemption de l'assurance-maladie suisse (i) des frontaliers en situation d'affiliation simultanée aux régimes suisses et français d'assurance-maladie qui n'ont pas demandé formellement une exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse ainsi que (ii) des frontaliers assurés en France pour les soins en cas de maladie qui n'ont pas demandé formellement une exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse. La situation du recourant, qui avait formellement exercé son droit d'option le 29 septembre 2003 en signant et transmettant le formulaire idoine de l'époque au SAM, autorité compétente en la matière, n'entre donc pas dans le champ d'application de cet accord. 16. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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