

GE_GERICHTE A/250/2012 vom 21. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_250_2012

FR: GE_GERICHTE A/250/2012 du 21 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/250/2012 del 21 agosto 2012

Regeste

AM ; ADHÉSION À L'ASSURANCE SOCIALE ; ACCORD SUR LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES ; FRONTALIER ; DROIT D'OPTION(OBLIGATION) ; | Le Règlement 1408/71 induit un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisqu'il applique le principe du pays d'emploi alors que, dans la LAMal, le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile. En vertu du Règlement, l'affiliation obligatoire en vertu de la LAMal s'appliquera donc aux personnes travaillant en Suisse mais résidant à l'étranger (par ex. les frontaliers), aux membres de leur famille, ainsi qu'aux titulaires de rentes suisses résidant à l'étranger, à condition que ces derniers ne reçoivent pas de rente de leur pays de résidence. En revanche, pour les personnes soumises à la législation suisse et vivant en Suisse, aucune exception à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'est prévue dans la législation internationale. En l'espèce, la recourante, qui perçoit une rente AI suisse et qui est domiciliée en France, est soumise à la législation suisse qui prévoit l'obligation d'assurer. N'ayant pas fait usage de son droit d'option dans le délai qui lui a été imparti, c'est à juste titre qu'elle a été affiliée d'office auprès de l'intimée. | LAMal 3 al. 1; LAMal 3 al. 2; OAMal 2 al. 6

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.08.2012 A/250/2012

AM ; ADHÉSION À L'ASSURANCE SOCIALE ; ACCORD SUR LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES ; FRONTALIER ; DROIT D'OPTION(OBLIGATION) ; | Le Règlement 1408/71 induit un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisqu'il applique le principe du pays d'emploi alors que, dans la LAMal, le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile. En vertu du Règlement, l'affiliation obligatoire en vertu de la LAMal s'appliquera donc aux personnes travaillant en Suisse mais résidant à l'étranger (par ex. les frontaliers), aux membres de leur famille, ainsi qu'aux titulaires de rentes suisses résidant à l'étranger, à condition que ces derniers ne reçoivent pas de rente de leur pays de résidence. En revanche, pour les personnes soumises à la législation suisse et vivant en Suisse, aucune exception à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'est prévue dans la législation internationale. En l'espèce, la recourante, qui perçoit une rente AI suisse et qui est domiciliée en France, est soumise à la législation suisse qui prévoit l'obligation d'assurer. N'ayant pas fait usage de son droit d'option dans le délai qui lui a été imparti, c'est à juste titre qu'elle a été affiliée d'office auprès de l'intimée. | LAMal 3 al. 1; LAMal 3 al. 2; OAMal 2 al. 6

A/250/2012 ATAS/978/2012 (2) du 21.08.2012 (LAMAL) , REJETE Recours TF déposé le 26.09.2012, rendu le 08.01.2013, REJETE, 9C_781/2012 Descripteurs : AM ; ADHÉSION À L'ASSURANCE SOCIALE ; ACCORD SUR LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES ; FRONTALIER ; DROIT D'OPTION(OBLIGATION) ; Normes : LAMal 3 al. 1; LAMal 3 al. 2; OAMal 2 al. 6 Résumé : Le Règlement 1408/71 induit un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisqu'il applique le principe du pays d'emploi alors que, dans la LAMal, le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile. En vertu du Règlement, l'affiliation obligatoire en vertu de la LAMal s'appliquera donc aux personnes travaillant en Suisse mais résidant à l'étranger (par ex. les frontaliers), aux membres de leur famille, ainsi qu'aux titulaires de rentes suisses résidant à l'étranger, à condition que ces derniers ne reçoivent pas de rente de leur pays de résidence. En revanche, pour les personnes soumises à la législation suisse et vivant en Suisse, aucune exception à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'est prévue dans la législation internationale. En l'espèce, la recourante, qui perçoit une rente AI suisse et qui est domiciliée en France, est soumise à la législation suisse qui prévoit l'obligation d'assurer. N'ayant pas fait usage de son droit d'option dans le délai qui lui a été imparti, c'est à juste titre qu'elle a été affiliée d'office auprès de l'intimée. En fait

EN DROIT RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE
POUVOIR JUDICIAIRE A/250/2012 ATAS/978/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 août 2012 1^{ère} Chambre En la cause Madame D_____, domiciliée au Lignon recourante contre HELSANA SA, sise case postale 839, 1001 Lausanne intimée EN FAIT Madame D_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était affiliée auprès d'HELSSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA, la caisse-maladie ou l'intimée) lorsqu'elle a souhaité changer de caisse-maladie avec effet au 1^{er} juin 2008. Son choix s'est alors porté sur AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA (AUXILIA). Par décision du 7 avril 2009, l'Office cantonal de la population (OCP) a considéré que l'assurée avait quitté le canton de Genève, pour s'établir en France, dès le 1^{er} janvier 2004. L'OCP a relevé qu'en date du 7 juillet 2008, l'assurée avait déclaré vivre au _____ av. L_____. Or, le 28 juillet 2008, le service des enquêtes de l'OCP avait pu conclure que l'assurée ne vivait pas à l'adresse en question. Son ex-mari, la nouvelle épouse de celui-ci et leur fille y vivaient. Par ailleurs, dans un rapport de gendarmerie du 15 août 2008, l'assurée avait reconnu vivre en France voisine avec son mari, plus précisément à Challex. Une nouvelle enquête avait confirmé, le 19 mars 2009, que l'assurée était titulaire d'une poste restante auprès de l'Office des postes au Lignon, qu'elle ne résidait pas à l'adresse en question et que sa fille n'avait jamais été scolarisée à Genève. Par courrier du 6 novembre 2009, l'assurée a résilié son contrat d'assurance maladie avec AUXILIA avec effet au 31 décembre 2009. Elle a demandé à être affiliée auprès d'HELSSANA, le 7 décembre 2009. Le 7 janvier 2010, HELSSANA a accepté l'adhésion de l'assurée à son assurance avec effet au 1^{er} janvier 2010. Elle a annulé cette affiliation le 4 mars 2010 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010, motif pris que l'assurée ne s'était pas acquittée de l'intégralité de ses primes auprès de son précédent assureur. Par courrier du 21 avril 2010, l'assurée a demandé à HELSSANA de lui établir une nouvelle police d'assurance, expliquant qu'AUXILIA avait accepté la résiliation du contrat d'assurance qui les liait. Le 26 avril 2010, l'assurée a, une nouvelle fois, sollicité la caisse-maladie pour qu'elle lui établisse une police d'assurance. Le 16 juin 2010, l'assurée a demandé à HELSSANA de bien vouloir lui confirmer son affiliation dès le 1^{er} mai 2010. Le même jour, la caisse-maladie a refusé de rembourser à l'assurée des factures de l'institut de radiologie pour un montant de 1'052 fr.

05, au motif qu'elle n'était plus couverte par la caisse-maladie depuis le 1^{er} juin 2008. Elle a fait de même le 23 juin 2010, pour une facture du laboratoire Unilabs. Le 24 juin 2010, la caisse-maladie a finalement accepté de réaffilier l'assurée à son assurance avec effet au 1^{er} janvier 2010. Le 3 juillet 2010, l'assurée s'est étonnée que sa couverture maladie ait été réactivée pour le 1^{er} janvier 2010. Elle a rappelé qu'elle avait demandé cette réactivation pour le 1^{er} mai 2010 et que la caisse-maladie ne pouvait pas lui imposer une couverture pour une période échue au moment de sa demande. D'après l'assurée, le principe même d'une assurance était de couvrir l'éventualité d'un dommage pour une période "future", de sorte que son affiliation rétroactive n'était pas possible. Par courrier du 13 juillet 2010, l'assurée a accepté le refus de la caisse-maladie de ne pas vouloir réactiver son assurance de base au 1^{er} mai 2010. Elle a indiqué que comme elle ne pouvait pas payer en même temps les primes d'HELSANA et les factures médicales en souffrance, elle souhaitait pouvoir récupérer les deux primes déjà réglées pour mai et juin 2010. Le 30 juillet 2010, l'assurée a encore demandé la restitution des deux primes (mai et juin 2010) versées à tort à la caisse-maladie, étant considéré qu'elle n'était plus assurée auprès de HELSANA depuis le 1^{er} juin 2008. Par arrêt du 4 août 2010, le Tribunal administratif a confirmé la décision de l'OCP selon laquelle l'assurée ne résidait plus à Genève depuis le mois de juillet 2008, au plus tard, date à laquelle elle avait elle-même déclaré à la gendarmerie ne plus y vivre. Par courrier du 6 août 2010, l'assurée a informé la caisse-maladie qu'elle n'habitait plus au _____ av. L. _____ à Genève. Son ex-mari avait fait changer les serrures et fait installer sa nouvelle épouse chez elle. Comme le nom de son ex-mari était encore inscrit sur le bail, la police lui refusait l'autorisation de rentrer dans son appartement. Elle vivait "ici et là, en Suisse et à l'étranger, selon les disponibilités de sa famille, d'amis et de connaissances" pour l'héberger temporairement. Elle a par ailleurs relevé qu'elle n'avait reçu qu'un remboursement partiel des deux primes qu'elle avait payées à la caisse-maladie, soit 745 fr. 95 sur les 812 fr 40 dus. La caisse- maladie lui devait donc encore 60 fr. 25. Le 24 août 2010, la caisse-maladie a confirmé que l'affiliation de l'assurée était intervenue avec effet au 1^{er} janvier 2010. De ce fait, ses primes d'assurance étaient dues dès cette année et sans interruption. Aucun remboursement ne serait dès lors effectué, concernant les primes de mai et juin 2010. Par courrier du 20 novembre 2010, l'assurée a indiqué à la caisse-maladie que l'OCP avait inscrit dans son dossier qu'elle était partie vivre à l'étranger depuis le 1^{er} janvier 2004. Elle a joint à son courrier une attestation de l'OCP en ce sens. Malgré tous ses efforts, elle n'avait pas pu changer la situation. Par conséquent, elle n'avait pas l'obligation d'avoir une assurance maladie en Suisse en 2010. Elle en reprendrait une après l'enregistrement de son retour à Genève, si cela devait se faire. Il se justifiait dès lors d'annuler rétroactivement son contrat au 1^{er} janvier 2010. Le 24 novembre 2010, l'assurée a rempli un formulaire individuel d'annonce d'arrivée à Genève pour sa fille et elle-même dès le 1^{er} décembre 2010 au N° _____ av. L. _____. Elle a précisé n'avoir jamais quitté le territoire helvétique depuis 1999, malgré l'arrêt du Tribunal administratif. Ce retour à Genève a été enregistré par l'OCP, le 9 décembre 2010. Le 10 janvier 2011, la caisse-maladie a considéré qu'il était impossible de prendre la résiliation de l'assurée en compte, faute d'avoir obtenu la preuve qu'elle avait effectivement quitté la Suisse. Le 12 janvier 2011, l'assurée a communiqué que son retour en Suisse avait été enregistré et que sa nouvelle assurance, pour 2011, serait la Mutuelle valaisanne. Elle a joint à son courrier une lettre du Service de l'assurance-maladie (SAM) du 17 décembre 2010, attestant qu'elle venait de s'installer à Genève. Cela supposait que son départ avait lui aussi été pris en compte. Par courrier du 1^{er} février 2011, l'assurée a fait valoir qu'elle n'avait plus de

contrat avec la caisse-maladie depuis plus d'un an. Elle a rappelé avoir expliqué que l'OCP avait rendu une décision disant qu'elle n'était plus domiciliée en Suisse depuis le 1 er janvier 2004, jusqu'à son retour en décembre 2010. Cette décision était définitive, car confirmée par le Tribunal administratif. En conséquence, elle n'avait pas eu d'assurance-maladie en 2010 et, en 2011, elle s'était affiliée à la Mutuelle valaisanne, pour éviter toute confusion. Aussi le contrat que lui avait envoyé HELSANA n'avait-il aucune utilité. Le 3 février 2011, la caisse-maladie a relevé, qu'après contrôle du dossier de l'assurée auprès du SAM, son affiliation devait prendre fin au 1 er janvier 2004 et son retour en Suisse avait été enregistré au 1 er décembre 2010. Durant toute cette période, l'assurée lui avait toutefois fait parvenir des factures de prestations diverses, de sorte qu'elle avait été obligatoirement assurée en continu. Les primes en suspens étaient donc dues par l'assurée. Le 2 mai 2011, l'assurée a demandé à la caisse-maladie la prise d'une décision formelle. Elle a indiqué que, bien que n'étant plus assurée chez HELSANA depuis en tout cas trois ans, elle recevait des factures de primes. Or, elle avait contesté à maintes reprises le fait qu'HELSANA était son assureur, sans succès. Elle souhaitait s'adresser au Tribunal des assurances sociales genevois, pour clarifier définitivement la situation. Pour mémoire, elle a rappelé que le Tribunal administratif avait admis le maintien de la décision de l'OCP selon laquelle elle ne vivait plus en Suisse depuis 2004. Elle avait pu reprendre une assurance-maladie en 2011 auprès de Mutuel Assurance Maladie SA, dont copie du contrat était annexée à son courrier. Par décisions des 7 et 10 juin 2011, l'OCP a annulé avec effet rétroactif au 1 er décembre 2010 l'annonce d'arrivée sur le territoire genevois de l'assurée et de sa fille. Il a notamment considéré que les intéressées n'avaient pas leur adresse au 5 av. du Lignon à Genève mais bien en France. Dans une attestation du 28 juin 2011, le maire de Challex a attesté que l'assurée était domiciliée à Challex. Par décision du 11 juillet 2011, la caisse-maladie a considéré que le domicile légal de l'assurée se trouvait en France et que, touchant une rente d'invalidité suisse, elle était soumise aux contrats bilatéraux franco-suisse et devait faire valoir son droit d'option pour le choix de son assurance-maladie. Elle a indiqué à l'assurée qu'elle avait la possibilité de rester assurée auprès d'HELSANA, en contrat bilatéral obligatoire. La prime mensuelle, avec le risque accident et une franchise à 300 fr., s'élèverait à 600 fr. L'assurée était priée de faire valoir son choix, définitif et irrévocable, jusqu'au 30 septembre 2011. Passé ce délai et sans nouvelles de la part de l'assurée, la couverture d'assurance auprès de la caisse-maladie resterait active et elle serait affiliée d'office dans un contrat bilatéral à partir du 1 er octobre 2011. Le 10 août 2011, l'assurée s'est opposée à cette décision, ne faisant valoir aucun argument. Le 12 août 2011, Mutuel Assurance Maladie SA a annulé l'assurance obligatoire des soins de l'assurée, vu son affiliation auprès de HELSANA. Par courrier du 23 novembre 2011, l'assurée a confirmé la résiliation de son contrat d'assurance-maladie auprès de HELSANA. Elle a indiqué que, dès le 1 er janvier 2012, elle choisirait un autre assureur. Par décision sur opposition du 21 décembre 2011, la caisse-maladie a rejeté l'opposition de l'assurée, considérant que l'assurée n'avait pas fait usage de son droit d'option dans le délai imparti. Celle-ci restait dès lors assurée auprès de la caisse-maladie dès le 1 er octobre 2011, selon les accords bilatéraux. Elle a rappelé que l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, par décision du 8 octobre 2007, avait octroyé une rente d'invalidité à 100% à l'assurée et que le Tribunal administratif de Genève avait rendu un arrêt, le 4 août 2010, selon lequel le domicile de l'assurée se situait en France depuis le 1 er janvier 2004. Par courriers des 21, 26 avril et 10 juin 2010, l'assurée avait réclamé son affiliation auprès de la caisse-maladie, laquelle avait été acceptée le 24 juin 2010, avec effet au 1 er janvier 2010. Le 6 août 2010, l'assurée avait

informé la caisse-maladie qu'elle vivait en France, de sorte que son affiliation devait être annulée, en raison de son départ à l'étranger. La caisse-maladie avait néanmoins refusé d'accéder à cette demande, motif pris que le Service de l'assurance-maladie avait enregistré son retour en Suisse au 1^{er} janvier 2010. La caisse-maladie relevait que l'assurée arguait être domiciliée en France, puis en Suisse, quand cela l'arrangeait, ce qui constituait un abus de droit. Quoiqu'il en soit, l'assurée n'avait jamais manifesté l'envie d'être assurée en France. Du reste, sa résiliation au 31 décembre 2011 pour changer d'assureur helvétique confirmait bien qu'elle désirait être assurée en Suisse, malgré son domicile en France. L'assurée restait donc assurée auprès de la caisse-maladie jusqu'au prochain terme légal de résiliation et, si elle devait finalement être considérée comme domiciliée en Suisse, la différence de primes lui serait remboursée par la caisse-maladie. Le 31 décembre 2011, l'assurée a annoncé que, par gain de paix, elle était d'accord de payer les primes de novembre et décembre 2011 à la caisse-maladie comme solde de tout compte. Elle a précisé avoir demandé à un autre assureur de la couvrir pour l'assurance obligatoire des soins, dès le 1^{er} janvier 2012. Le 10 janvier 2012, la caisse-maladie a considéré que l'assurée était affiliée à l'assurance de base des soins du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2011 en tant que résidente suisse, puis, à partir du 1^{er} octobre 2011, selon les accords bilatéraux en tant que rentière suisse en sol européen. L'assurée n'avait pas payé ses primes depuis son affiliation, de sorte que sa dette s'élevait à plus de 10'000 fr., au 31 décembre 2011. Pour être libérée au 1^{er} janvier 2012, elle était invitée à régler cette somme. L'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition de la caisse-maladie le 27 janvier 2012, concluant préalablement à la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur la question de son domicile et principalement à la constatation de ce que l'intimée était débitrice des prestations assurées entre le 1^{er} et le 31 mai 2008, somme qui portait intérêt à 5% dès le 31 mai 2008, et à sa libération de toute obligation envers l'intimée. Elle a allégué que l'intimée n'avait jamais fourni de décomptes pour 2008. Or, si l'intimée lui avait transmis lesdits décomptes, elle aurait pu démontrer à son nouvel assureur qu'elle avait payé sa franchise annuelle entre janvier à mai 2008, ce qui aurait évité qu'elle soit contrainte de payer une nouvelle fois cette franchise auprès de son nouvel assureur pour la période de juin à décembre 2008. S'agissant de son lieu de vie, elle a expliqué qu'elle n'avait pas de domicile en France et que l'intimée n'en apportait pas la preuve. Au contraire, de nombreux documents - son attestation fiscale 2011, le récépissé d'impôts payé en janvier 2012 et les cartes de vote - prouvaient son domicile à Genève. Elle a par ailleurs indiqué que, contrairement à ce que laissait entendre l'intimée, elle n'était pas assurée auprès d'elle. Elle a rappelé sa résiliation du 4 mars 2010 ainsi que les refus de prestations de l'intimée des 16, 23 juin et 19 juillet 2010. L'intimée n'était donc plus son assureur-maladie depuis le 1^{er} juin 2008, de sorte qu'elle s'était normalement assurée auprès d'autres compagnies depuis cette date. Dans sa réponse du 2 avril 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a considéré que l'objet du litige concernait uniquement sa décision d'affilier la recourante dans le cadre des accords bilatéraux dès le 1^{er} octobre 2011, de sorte que la problématique relative aux prestations de janvier à mai 2008 ne pouvait pas faire l'objet de la présente procédure. Les conclusions de la recourante à ce sujet étaient dès lors irrecevables. Elle a par ailleurs expliqué que, conformément à l'arrêt du Tribunal administratif du 4 août 2010, le domicile de la recourante était en France depuis le 1^{er} janvier 2004. L'intéressée avait elle-même plusieurs fois allégué que son domicile se trouvait en France. Il n'y avait dès lors aucune raison de douter que la recourante ne vivait plus à Genève. S'agissant de son affiliation auprès de l'intimée, la recourante en avait expressément formulé la demande le 1^{er} janvier

2010. Ladite affiliation avait été annulée le 4 mars 2010, en raison d'arriérés auprès de l'ancien assureur de la recourante. Une fois ce litige réglé, la recourante demanda sa reaffiliation auprès de l'intimée. Par conséquent, en 2010, la recourante était bien assurée par l'intimée, à sa propre demande. Par arrêt du 8 mai 2012 (ATA/276/2012), la Chambre administrative de la Cour de Justice a confirmé les décisions de l'OCP selon lesquelles ni la recourante ni sa fille n'étaient domiciliées de manière effective à Genève. Le fait que la recourante était inscrite dans le rôle des contribuables et dans le rôle électoral genevois ne prouvait pas que son domicile se trouvait dans ce canton. C'était dès lors à bon droit que l'OCP avait nourri de sérieux doutes et considéré que la recourante et sa fille n'avaient pas apporté la preuve de leur domicile effectif à Genève dès le 1^{er} décembre 2010. Cet arrêt fait actuellement l'objet d'un recours de droit public au Tribunal fédéral. La recourante a fait part de sa réplique, le 14 juin 2012. Elle a persisté dans ses précédentes conclusions et a estimé que la mairie de Challex en France s'était méprise en acceptant de remettre un certificat de domicile à l'intimée. Il n'y avait pas lieu de retenir ce certificat comme probant, étant donné qu'elle n'avait jamais déposé de demande de domiciliation en France et que la question de son domicile était pendante devant le Tribunal fédéral. Dans le cadre de cette procédure, elle avait d'ailleurs demandé des explications à la mairie de Challex au sujet de l'attestation de domicile, mais l'administration n'avait pas encore répondu. Cette même mairie avait établi une attestation de résidence secondaire, le 16 septembre 2008, ce qui démontrait que son lieu de vie effectif ne se trouvait pas en France. Toutes ses relations personnelles, familiales et contractuelles se trouvaient par contre à Genève. Elle n'avait jamais quitté cette ville, à part pour faire du tourisme. Quoiqu'il en soit, son domicile était incontestablement à Genève, là où l'intimée lui avait d'ailleurs toujours écrit et envoyé les factures des primes. Aussi, contrairement à ce que soutenait l'intimée, l'arrêt de la Chambre administrative de la Cour de Justice ne reconnaissait pas que son domicile se trouvait en France et encore moins depuis 2004. La décision de la Chambre administrative démontrait seulement qu'elle était toujours inscrite à l'OCP comme domiciliée au _____ av. L_____. S'agissant de l'existence d'un contrat avec l'intimée, la recourante a rappelé qu'aucun contrat n'était en vigueur depuis 2008. Les 23 juin et 19 juillet 2010, l'intimée avait d'ailleurs confirmé l'inexistence d'un contrat depuis le 1^{er} juin 2008. Elle a enfin soutenu que le choix de l'assureur était un droit fondamental du patient, de sorte que l'intimée ne pouvait pas s'arroger le droit à un contrat. Dans un courrier du 25 juin 2012, la recourante a précisé qu'elle n'avait jamais effectué de démarche afin d'obtenir un "certificat de domicile" à l'étranger puisqu'elle habite Genève. Il était par contre patent que l'intimée avait demandé la délivrance d'un tel document, en prétendant qu'elle était toujours sa cliente, alors que la relation contractuelle avait pris fin en mai 2008. Elle a annexé à son courrier une lettre du 11 juin 2012, selon laquelle Monsieur E_____, maire de Challex, indiquait ne pas disposer de suffisamment d'éléments pour dire si la recourante était en résidence principale ou secondaire dans la commune. Il y précisait qu'en règle générale, un certificat de domicile n'était remis qu'aux habitants de sa commune et qui en avaient besoin, sur leur demande et sur présentation d'une pièce d'identité et d'une facture qui prouve leur domicile. Le 28 juin 2012, l'intimée a confirmé sa position, considérant que la recourante n'avait pas fait usage de son droit d'option. Elle a indiqué que la recourante lui avait fait une demande d'affiliation à son "retour " en Suisse le 7 décembre 2009, laquelle avait été acceptée. Par la suite, ladite couverture avait été annulée pour cause de double assurance, son ancien assureur maintenant son affiliation auprès de lui, à cause d'arriérés de primes. Par courrier du 14 avril 2010, son ancien assureur avait accepté la résiliation du

contrat d'assurance au 31 décembre 2009, de sorte que l'intimée avait admis la demande de réaffiliation de la recourante, avec effet au 1^{er} janvier 2010. S'agissant du domicile de la recourante en France, elle avait elle-même informé l'intimée de son déménagement en France, le 6 août 2010. Elle avait également confirmé à plusieurs reprises que son lieu de résidence se trouvait dans ce pays, afin d'être libérée de l'obligation d'être assurée en Suisse. Ce n'était que par pure convenance personnelle que la recourante déclarait tantôt habiter en France, tantôt en Suisse. De plus, la décision immédiatement exécutoire de l'OCP du 7 juin 2011 avait annulé avec effet rétroactif l'annonce d'arrivée en Suisse de la recourante. Il fallait dès lors considérer que la recourante ne vivait pas en Suisse et, si la décision de l'OCP devait être annulée, alors l'intimée rembourserait à la recourante la différence de prime dès octobre 2011. Elle continuerait toutefois à être assurée chez HELSANA, jusqu'au prochain terme utile au plus tôt. En ce qui concernait enfin la plainte pénale de la recourante pour violation de la loi sur la protection des données, l'intimée a fait remarquer que les autorités fournissent gratuitement aux organes des assurances sociales, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données qui leur sont nécessaires pour fixer et percevoir les cotisations. Dans cette mesure, la plainte pénale était injustifiée et quérulante. Par courrier du 10 juillet 2012, la recourante a encore fait valoir que la décision de l'OCP selon laquelle elle était domiciliée en France n'était pas conforme à la réalité. Or, la réalité devait primer et en particulier le fait qu'elle avait vécu chez son père depuis sa séparation d'avec son ex-mari. Même s'il était vrai qu'elle avait pris des renseignements pour l'éventualité d'un transfert en France, celui-ci ne s'était jamais réalisé. Elle avait d'ailleurs toujours conservé ses assurances ménage, voiture et maladie en Suisse. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le litige porte sur la validité de l'affiliation d'office de la recourante à la caisse-maladie, en application des accords bilatéraux. Dans la mesure où il ressort des pièces versées au dossier, et plus particulièrement de l'arrêt du Tribunal administratif du 4 août 2010, que la recourante a son domicile en France depuis le mois de juillet 2008 en tout cas, il convient en effet de résoudre le présent litige sous l'angle du droit international. Quant à la problématique relative à la restitution des prestations de janvier à mai 2008, elle ne fait pas l'objet des décisions d'HELSANA des 11 juillet et 21 décembre 2011, de sorte qu'elle ne sera pas traitée dans le cadre de la présente procédure. L'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP; RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Selon l'art. 1 par. 1 de son annexe II - intitulée "coordination des systèmes de sécurité sociale", fondée sur l'art. 8 ALCP et faisant partie intégrante de l'accord (art. 15 ALCP) - en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles, en particulier, 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 (règlement n°1408/71; RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CEE) n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du précédent (ci-après : règlement n°574/72; RS 0.831.109.268.11) ou des

règles équivalentes. L'ALCP est dès lors applicable du point de vue temporel dans la mesure où l'obligation de s'affilier dont il est question en l'occurrence porte sur une période postérieure à l'entrée en vigueur de l'accord. L'art. 1 let. a du règlement n°1408/71 définit les termes de "travailleur salarié" et "travailleur non salarié" en se référant notamment à un système d'assurance couvrant l'ensemble des travailleurs (point i), ainsi qu'à un système d'assurance couvrant l'ensemble de la population (point ii). Selon la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) - qui peut être prise en compte aux termes de l'art. 16 al. 2 ALCP dans la mesure où elle permet d'interpréter cet accord (ATF 132 V 53 , consid. 2; ATF 132 V 423 consid. 9.2) - ces termes désignent toute personne assurée dans le cadre de l'un des régimes de sécurité sociale mentionnés à l'art. 1 let. a, contre les éventualités et aux conditions indiquées dans ces dispositions. Il en résulte qu'une personne a la qualité de travailleur au sens du règlement n°1408/71 dès lors qu'elle est assurée, ne serait-ce que contre un seul risque, au titre d'une assurance obligatoire ou facultative auprès d'un régime général ou particulier de sécurité sociale mentionné à l'art. 1 let. a du règlement n°1408/71 et ce, indépendamment de l'existence d'une relation de travail (arrêts de la CJCE du 12 mai 1998, Martínez Sala, C-85/96, Rec. 1998, p. I-2691, point 36; du 11 juin 1998, Kuusijärvi, C-275/96, Rec. 1998, p. I-3419, point 21; du 7 juin 2005, Dodl et Oberhollenzer, C-543/03, Rec. 2005, p. I-5049, point 30). Il résulte de ce qui précède que pour être considéré comme travailleur au sens de l'art. 1 let. a ii (1^{er} tiret) du règlement n°1408/71, il n'est pas déterminant que l'intéressé exerce (encore) une activité professionnelle au moment où il se prévaut de cette qualité. Il faut cependant que la personne concernée puisse être "identifiée comme travailleur salarié ou non salarié". En d'autres termes, indépendamment de sa désignation (p. ex. comme rentier ou chômeur) et de l'exercice (actuel) d'une activité professionnelle, cette personne doit être ou avoir été (par le passé) affiliée en tant que travailleur (salarié ou non salarié) à un régime de sécurité sociale contre l'un des risques correspondant aux branches couvertes par le champ d'application matériel du règlement (défini à son art. 4). Ainsi, une personne qui bénéficie d'une rente de vieillesse fondée sur son affiliation antérieure à l'AVS/AI en raison de l'exercice d'une activité lucrative est un "travailleur" au sens du règlement n° 1408/71, même si elle n'exerce plus d'activité professionnelle (ATF 130 V 249 , consid. 4.1). En l'espèce, la recourante touche une rente entière de l'assurance invalidité. Il y a donc lieu d'admettre qu'elle a été affiliée à cette assurance en tant que personne active. Elle doit par conséquent être considérée comme une travailleuse étant ou ayant été soumise à la législation d'un ou de plusieurs États membres au sens de l'art. 2 par. 1 du règlement n°1408/71, de sorte que l'ALCP lui est aussi applicable d'un point de vue personnel. a) S'agissant de la législation applicable selon le droit international, les articles 13 à 17 bis du Titre II du règlement n°1408/71 contiennent des règles visant à déterminer la législation applicable. 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 17 bis . En d'autres termes, la législation d'un seul État membre est applicable. En principe, le travailleur salarié est soumis à la législation de l'État dans lequel il exerce son activité salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre État membre ou si l'employeur qui l'occupe à son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre (principe de la *lex loci laboris* énoncé à l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n°1408/71; ATF 133 V 339 , consid. 6.1). Selon l'art. 13 par. 2 let. f du règlement n°1408/71, la personne à laquelle la législation d'un État membre cesse d'être applicable sans que la législation d'un autre État membre lui devienne applicable en conformité avec l'une des règles énoncées aux alinéas a à e ou avec l'une des exceptions ou règles particulières visées aux art. 14 à 17 est

soumise à la législation de l'État membre sur le territoire duquel elle réside, conformément aux dispositions de cette seule législation. Cet article implique que la cessation de toute activité professionnelle - qu'elle soit temporaire ou définitive - exclut la personne concernée du champ d'application de l'art. 13 par. 2 let. a du règlement. Il s'applique notamment à une personne qui a cessé ses activités professionnelles sur le territoire d'un État membre et a transféré sa résidence sur le territoire d'un autre État membre (arrêt de la CJCE du 11 juin 1998, Kuusijäri, C-275/96, Rec. P. I-3419, points 39 et 40). Il s'ensuit qu'une personne qui a cessé son activité professionnelle dans un État membre et qui réside dans un autre État membre est soumise, en vertu de l'art. 13 par. 2 let. f du règlement n°1408/71 à la législation de l'État membre de résidence (ATF 132 V 53, consid. 5.2). Cette disposition de caractère général du titre II n'est cependant applicable que dans la mesure où les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations qui forment le titre III du même règlement n'y dérogent pas (arrêt de la CJCE du 27 mai 1982, Aubin, C-227/81, Rec. 1982 p. 1991, point 11). b) Le Titre III du règlement n°1408/71 contient les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations et renferme plusieurs règles spéciales de rattachement (ATF 133 V 137, consid. 6.2). Ainsi, en matière de maladie et maternité, des règles spécifiques existent notamment pour les titulaires de pensions ou rentes, contenues aux articles 27 à 34 du règlement. A teneur de l'art. 27 du règlement n°1408/71, le titulaire de pensions ou de rentes dues au titre des législations de deux ou plusieurs États membres - dont celle de l'État membre sur le territoire duquel il réside - et ayant droit aux prestations au titre de la législation de ce dernier - compte tenu, cas échéant, des dispositions de l'art. 18 du règlement n°1408/71 et de l'annexe VI - obtient ces prestations de l'institution du lieu de résidence et à la charge de cette institution, comme si l'intéressé était titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la seule législation de ce dernier État membre. Il en découle que les ressortissants suisses ou européens bénéficiant à la fois d'une rente d'invalidité suisse et d'une rente d'invalidité d'un État membre sont soumis au système d'assurance-maladie de l'État membre sur le territoire duquel ils résident. L'annexe VI du règlement n°1408/71 ne prévoit d'exemption que pour les personnes résidant en Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas en Finlande et au Portugal, et ce, pour autant qu'elles puissent prouver qu'elles bénéficient d'une couverture en cas de maladie, selon une faculté communément appelée "droit d'option" (cf. chiffre 3 point b; ATF 135 V 339, consid. 4.3.2; ATF 131 V 202, consid. 2.2.1). Il y a lieu de souligner qu'il s'agit là de la seule exception concernant la Suisse en matière d'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie. En effet, lorsque le règlement n°1408/71 ouvre un droit d'option aux assurés sociaux relevant de son champ d'application quant à la législation applicable, il le prévoit explicitement (arrêt de la CJCE du 14 octobre 2010, van Delft, C-345/09, point 54). c) Le règlement n°1408/71 induit ainsi un changement important dans le domaine de l'assurance-maladie puisqu'il applique le principe du pays d'emploi alors que, dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), le critère déterminant pour l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie est le pays de domicile. En vertu du règlement, l'affiliation obligatoire en vertu de la LAMal s'appliquera donc aux personnes travaillant en Suisse mais résidant à l'étranger (par ex. les frontaliers), aux membres de leur famille, ainsi qu'aux titulaires de rentes suisses résidant à l'étranger, à condition que ces derniers ne reçoivent pas de rente de leur pays de résidence (Bettina KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, in SJ 2001 II p. 81ss, p. 128). En revanche, pour les personnes soumises à la législation suisse et vivant en Suisse, aucune exception à l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie n'est

prévue dans la législation internationale, en particulier dans les annexes III et IV du règlement (ATF K 25/05 du 29 mars 2006, consid. 3.2). En droit suisse, l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie s'apprécie comme suit. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4). L'art. 3 al. 2 LAMal délègue cependant au Conseil fédéral la compétence d'exclure certaines catégories de personnes de l'assurance obligatoire. Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 9C_750/2009 du 16 juin 2010, consid. 2.1; ATF 132 V 310, consid. 8.3). Le Conseil fédéral peut également 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 LPG (art. 3 al. 3 let. a LAMal). b) Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a notamment prévu à l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) que sont exceptées sur requête les personnes qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes 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 l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie. a) Il découle de ce qui précède que la recourante, qui perçoit une rente AI suisse et qui est domiciliée sur le territoire français selon la décision immédiatement exécutoire de l'OCP et selon l'arrêt de la Chambre administrative de la Cour de Justice du 8 mai 2012 (ATA/276/2012) est soumise à la législation suisse qui prévoit l'obligation de s'assurer. Force est de constater qu'elle n'a pas fait usage de la possibilité de demander l'exemption à l'obligation de s'assurer en Suisse tel que prévue par l'art. 2 al. 6 OAMal. En effet, bien qu'invitée à faire valoir son choix et plus particulièrement à apporter la preuve de son affiliation à une caisse maladie de son Etat de résidence jusqu'au 30 septembre 2011, la recourante n'a pas satisfait à cette obligation. Son affiliation à HELSANA est dès lors intervenue d'office. b) La recourante fait valoir qu'elle n'est plus liée contractuellement à HELSANA depuis le 1^{er} juin 2008, de sorte que la caisse-maladie ne pouvait s'arroger le droit de l'affilier d'office. Contrairement à ce que soutient la recourante, elle a cependant été affiliée à la caisse-maladie postérieurement au 1^{er} juin 2008. Il sied ici de rappeler que l'intéressée a elle-même demandé son affiliation auprès de la caisse-maladie, à plusieurs reprises, dès décembre 2009. Une fois ses arriérés de primes réglés à AUXILIA, la caisse-maladie a accepté sa réaffiliation le 24 juin 2010, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010. Depuis lors, la recourante était donc liée à HELSANA. Conformément aux dispositions précitées, l'intimée lui avait pourtant donné l'occasion de formuler une demande d'exemption, si elle démontrait son intention de se faire assurer dans son pays de domicile ou en Suisse, auprès d'une autre caisse-maladie. La recourante a omis de le faire dans le délai imparti et de prouver qu'elle avait déjà conclu un contrat d'assurance avec une autre caisse-maladie, se contentant de dire que son choix se portait sur la Mutuelle valaisanne premièrement, puis, sur le Groupe Mutuel. Dans la mesure où la recourante n'a pas apporté la preuve de son affiliation auprès d'un autre assureur, en France ou en Suisse, l'intimée était donc en droit de l'affilier d'office dès le 1^{er} octobre 2011. c) La recourante argue enfin qu'elle n'a jamais vécu en France mais bel et bien en Suisse, de sorte qu'elle ne devrait pas être affiliée d'office selon les accords bilatéraux. La question de la détermination

de son domicile légal est actuellement pendante devant le Tribunal fédéral. En toute hypothèse, si le Tribunal fédéral parvenait finalement à la conclusion que le domicile légal de la recourante se trouve en Suisse, il n'en demeurerait pas moins qu'elle a l'obligation de s'assurer dans ce pays. Le montant des primes étant différent selon qu'elle soit domiciliée en Suisse ou en France, il conviendrait alors de recalculer les primes et de lui restituer, le cas échéant, les montants payés en trop. L'intimée s'est d'ailleurs d'ores et déjà engagée à procéder de la sorte, en cas de décision du Tribunal fédéral en ce sens. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à l'affiliation d'office de la recourante à sa caisse-maladie suisse dès le 1^{er} octobre 2011. Le recours sera donc rejeté et la décision de la caisse-maladie du 21 décembre 2011 confirmée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Confirme la décision d'HELSANA du 21 décembre 2011. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.