

## GE\_GERICHTE A/2991/2017 vom 21. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2991\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2991_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2991/2017 du 21 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2991/2017 del 21 dicembre 2017

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.12.2017 A/2991/2017

A/2991/2017 ATAS/1184/2017 du 21.12.2017 ( LAMAL ), REJETE En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2991/2017 ATAS/1184/2017  
A/2993/2017 ATAS/1185/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales  
Arrêts du 21 décembre 2017 10 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à  
GROISY, France Et Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GROISY, France recourants 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 \_\_\_\_\_  
1966, ressortissant français, marié, domicilié en France voisine, est titulaire d'un permis G  
(frontalier) depuis 1999, et travaille à Genève en tant que salarié dans le domaine  
hospitalier. 2. Madame A\_\_\_\_\_, née B\_\_\_\_\_, (ci-après : l'intéressée ou  
la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968, française, épouse du prénommé, domiciliée en France  
voisine, est titulaire d'un permis G (frontalier) depuis 2000, et travaille à Genève en tant que  
salariée dans le domaine hospitalier. 3. En date du 1 er juillet 2002,  
chacun des époux susmentionnés a signé et renvoyé au service de l'assurance-maladie  
(ci-après : le SAM ou l'intimé) une formule de déclaration que le SAM leur avait  
préalablement adressée, avec un courrier-type d'information du 17 juin 2002, intitulé «  
Information 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 assuré 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. Ils  
ont tous deux opté pour leur assurance-maladie dans leur pays de résidence, y compris pour  
leurs enfants communs, C\_\_\_\_\_ née le \_\_\_\_\_ 1997 et D\_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_ 1999,  
mentionnés dans leur formule respective. 4. Par courrier électronique du  
30 mai 2016 adressé au SAM, l'intéressé a exposé en substance être actuellement assuré par  
l'assurance-maladie française Amarys. Il s'était renseigné en France, notamment auprès de  
l'agence de la sécurité sociale française (CMU d'Annecy), et avait reçu des informations  
contradictoires, par rapport au fait de devoir le cas échéant être désormais obligatoirement  
assuré par la CMU. Compte tenu des dysfonctionnements qu'il avait pu observer notamment  
lors de ses déplacements auprès de la CMU, il soumettait au SAM son souhait de souscrire  
à la LAMal, s'il en avait la possibilité, en cas de résiliation de son assurance-maladie  
actuelle Amarys. 5. Après divers échanges de courriels notamment, par  
courriel du 8 janvier 2017, l'intéressé s'est à nouveau adressé au SAM, en ces termes  
(textuellement) : « Je me permets de vous solliciter pour vous demander le document du  
droit d'option que j'aurais exercé préalablement le changement de législation française  
prévue initialement en juin 2014, ainsi que celui de mon épouse. Ce droit d'option, s'il a été

effectivement exercé par mon épouse et moi-même, précise que la législation française prévoyait de fermer la possibilité de souscrire une assurance maladie privée française (cf Note conjointe 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). Vous pouvez constater entre autre dans ce document, qui n'est effectivement pas mentionné que la souscription à une assurance maladie privée européenne n'est pas autorisée, ce qui confirme l'exactitude du positionnement d'Amaris ( recte: Amarys ). J'attends de votre service le document qui stipule que j'ai exercé en connaissance de cause (changement de législation prévu en juin 2014), mon droit ( recte : droit ) d'option. Les changements exercés par la législation française en 2014 ont été amenés avec la possibilité d'exercer un droit ( recte : droit) d'option. Selon l'accord d'octobre 2016, n'ayant pas clairement exercé ce droit d'option (qui dit option dit choix), je réitère ma demande pour mon épouse et moi-même, de souscrire à la LAMal. »

6. Par courriel du 26 janvier 2017, le SAM a confirmé à l'intéressé que (lui-même et son épouse) avaient déjà exercé leur droit d'option en optant pour le système français, et dès lors ils ne pouvaient pas s'affilier à la LAMal, la sécurité sociale (française) devant les affilier. Une décision leur était adressée par courrier postal mentionnant qu'ils avaient déjà fait valoir leur droit d'option. Il invitait l'intéressé à montrer ces décisions à la sécurité sociale afin qu'elle les affilie.

7. Par courriers séparés du 26 janvier 2017 adressés respectivement aux deux intéressés, le SAM a constaté qu'ils avaient officiellement choisi l'option de s'assurer dans leur pays de résidence en retournant le formulaire du choix du système d'assurance-maladie applicable, dûment complété et signé par leurs soins. Par conséquent le SAM n'était pas en mesure de donner une suite favorable à leur attente.

8. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2017, l'intéressé a formé opposition au courrier du 26 janvier 2017, constatant l'absence du document officiel mentionnant que son épouse et lui-même auraient déjà choisi leur droit d'option. N'ayant reçu aucun duplicata des documents attestant de ce droit d'option, il maintenait en conséquence leurs demandes d'affiliation au système LAMal.

9. A réception des formulaires attestant que l'intéressé et son épouse avaient opté pour l'assurance dans leur pays de résidence, par courriel du 16 février 2017, l'intéressé s'est à nouveau adressé au SAM, constatant selon ces documents que son épouse et lui-même avait opté le 1<sup>er</sup> juillet 2002 « dans les conditions de cette époque » pour l'assurance de leur pays de résidence. Il n'existait, selon ce document, aucune clause d'irrévocabilité, concernant cette décision, et il n'y était aucunement évoqué de possibles changements concernant l'arrêt de la souscription à l'assurance-maladie privée française dans le système français. Son épouse et lui-même n'avaient donc toujours pas exercé en connaissance de cause et clairement leur droit d'option contenant les modifications apportées au cours de l'année 2014, puis 2015 et 2016 au droit d'option initial. Ils persistaient en substance à pouvoir exercer leur droit d'option en connaissance de cause, à savoir choisir de manière irrévocable selon les nouvelles conditions applicables, entre le système d'assurance-maladie suisse et le système d'assurance maladie française excluant à ce jour la possibilité de s'assurer à une assurance-maladie privée française.

10. Par courriers séparés du 21 février 2017, l'intéressé et son épouse ont chacun confirmé leur opposition, dans un courrier ayant la même teneur, mais signé l'un par l'épouse et l'autre par l'époux. Il reprenait en substance la teneur du courriel du 16 février susmentionné.

11. Par courriers recommandés distincts du 30 juin 2017, le SAM a notifié à l'intéressé et à son épouse sa décision sur opposition. L'opposition était rejetée, et la décision du 26 janvier 2017 était maintenue et confirmée. Après avoir rappelé les dispositions applicables, tant en droit

interne suisse et qu'en droit conventionnel (Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), le SAM a observé que le droit d'option devait être interprété restrictivement car il constitue une dérogation au principe d'unicité selon lequel une personne est rattachée à la législation d'un seul État pour toutes les branches de sécurité sociale. La note conjointe du 23 mai 2014 indique clairement que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois à moins que de nouveaux faits générateurs de son exercice ne surviennent, ce document énumérant de manière exhaustive les faits générateurs de l'exercice du droit d'option. En l'espèce, résidant en France, l'intéressé (respectivement son conjoint) avaient choisi de rester affiliés à l'assurance-maladie de leur pays de résidence à savoir la France, en datant et signant le formulaire relatif à la couverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier résidant en France. À ce jour, résidant toujours en France et travaillant toujours en Suisse, ils allèguent respectivement l'absence de clause d'irrévocabilité (dans le document qu'ils ont signé) : le formulaire dûment signé par leurs soins était accompagné d'un courrier explicatif quant au choix du système d'assurance-maladie applicable, lequel attirait particulièrement leur attention sur l'irrévocabilité de leur choix. Ils alléguent ensuite qu'à l'époque ils n'avaient pas été informés de possibles changements concernant l'arrêt de la souscription à l'assurance-maladie privée française dans le système français. Or, selon la jurisprudence, il n'appartenait pas à l'administration genevoise, en l'espèce au SAM, de renseigner les intéressés sur la notion d'assurance privée française. Le formulaire rempli et signé en 2002 mentionnait expressément que les intéressés choisissaient d'opter pour l'assurance dans leur pays de résidence et en aucun cas pour un système particulier d'assurance. La note conjointe du 23 mai 2014 rappelait clairement que les personnes ayant opté pour une assurance privée française devaient rester assurées dans le régime français d'assurance-maladie et ne pouvaient pas s'assurer dans le système LAMal. 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. Ayant fait un choix irrévocable, ils ne pouvaient revenir dans le système suisse. Leur attention était, à toutes fins utiles, attirée également sur le fait qu'il était de leur responsabilité de s'adresser à la sécurité sociale française.

12. a. Par courrier du 4 juillet 2017, l'intéressé s'adressant formellement au directeur du SAM a recouru contre la décision susmentionnée ; la chambre de céans l'ayant reçu le 11 juillet 2017, a ouvert une procédure (A/2991/2017).

13. b. Par courrier du 4 juillet 2017 également, quasiment identique à celui de son époux, l'intéressée a également formé recours contre la décision du 30 juin 2017 la concernant. La chambre de céans, l'ayant reçu le 11 juillet 2017, a ouvert une procédure (A/2993/2017).

c. Aux termes d'une même argumentation, les recourants concluent implicitement à l'annulation de la décision entreprise, et concluent à ce que leur soit consentie la possibilité d'exercer leur « choix d'option en connaissance de cause », ce qui n'a, selon eux, pas été le cas au 1<sup>er</sup> juillet 2002. Contrairement à ce que soutient l'intimé, il ne s'agit pas en l'espèce d'effectuer des allers-retours entre le système suisse et le système français, mais d'une demande ponctuelle et unique pour adhérer à la LAMal pour les raisons évoquées. Ils ne se souviennent pas d'un courrier explicatif accompagnant le formulaire qu'ils auraient rempli et retourné signé, ayant particulièrement attiré leur attention sur l'irrévocabilité de leur choix, et encore moins d'avoir vu et signé un tel document. Ils sollicitent donc l'envoi de la copie de ce document (inexistant à leur connaissance), paraphé par leurs soins. Sans autres, leur demande reste inchangée sur cette

clause d'irrévocabilité qui n'aura donc pas été présentée ou pour laquelle aucune information légale et contresignée n'aura été faite. Ils estiment dès lors ne pas avoir pu exercer en connaissance de cause leur droit d'option, ce qu'ils réclament. Ils réitèrent l'argumentation selon laquelle aucune information sur la possibilité de changements concernant l'arrêt de l'assurance-maladie privée française n'avait été donnée au 1<sup>er</sup> juillet 2002, que ce soit par la France ou la Suisse, dans le cadre de l'accord bilatéral. Comme le veut le cadre légal de cet accord, la France et la Suisse sont concernées à ce titre en tant que cosignataires, cette information n'aurait jamais dû être tenue secrète et son absence a une incidence directe sur le choix porté par leurs soins lors de leur droit d'option exercé en 2002. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée dans la décision entreprise, aux termes de laquelle le SAM n'avait pas d'obligation d'apporter une information aux intéressés sur la notion d'assurance privée française, l'intimé, en tant que cosignataire, aurait peut-être pu rappeler à la France de le faire, en prendre la responsabilité et apporter cette information, ce qui n'a donc pas été fait au 1<sup>er</sup> juillet 2002 ; à défaut, cela renforce d'autant plus leur demande de souscrire à la LAMal en exerçant réellement et en connaissance de cause leur choix sur le droit d'option. Ils observent d'autre part que si la note conjointe du 23 mai 2014 relevait que le droit d'option ne pouvait être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un fait nouveau générateur de son exercice ne survienne, les recourants s'interrogent sur la raison pour laquelle cette note n'a pas été produite en juillet 2002 et pour quelle raison cette information primordiale n'a pas été donnée au moment précis où l'intimé leur demandait de se positionner par rapport à leur droit d'option. Ils reprochent ainsi à l'intimé une rétention d'information, à l'époque, dans le fait de ne pas avoir révélé l'existence de la fermeture par la France de la possibilité d'opter pour une assurance privée. 14. L'intimé a répondu à chacun des recours, par mémoire distinct et quasiment identique, du 31 août 2017: il conclut principalement au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 30 juin 2017. Pour l'essentiel, il reprend l'argumentation développée dans la décision entreprise, soulignant que des modifications législatives propres à chaque système interne, tant suisse que français, peuvent intervenir mais ne sauraient à elles seules ouvrir un nouveau droit d'option ; il contestait toute violation du devoir d'information de sa part. 15. Par courrier du 9 septembre 2017, l'intéressé s'est adressé à la chambre de céans, après avoir pris connaissance de la réponse de l'intimé. Pour pouvoir rédiger sa réplique, il souhaitait prendre connaissance des pièces 1 et 1a produites par l'intimé - ne les ayant pas en sa possession -, soit le formulaire du droit d'option daté et signé du 1<sup>er</sup> juillet 2002, ainsi que la réimpression d'un exemple de lettre d'information adressée en 2002 aux travailleurs frontaliers résidant en France, datée du 17 juin 2002. 16. La chambre de céans, s'adressant tant à l'intéressé que, dans la procédure parallèle, à son épouse, indiquant à cette dernière partir de l'idée qu'elle souhaiterait également prendre connaissance des pièces équivalentes la concernant directement, a donc adressé les pièces respectives à chacun des recourants. 17. Par courrier du 25 septembre 2017, le recourant a répliqué. Il persiste dans ses conclusions. Sa démarche, initiée depuis la parution de la note conjointe du 23 mai 2014 amorçant la suppression de la possibilité de souscrire à des assurances-maladie privées françaises avait été longue et compliquée. Cette démarche avait été initiée il y avait plus de trois ans. S'agissant du formulaire du droit d'option, signé le 1<sup>er</sup> juillet 2002, il ne mentionne à aucun endroit le caractère irrévocable de ce choix, l'existence d'une clause, d'une lettre d'information de l'existence de conditions générales en lien avec ce formulaire. Il n'est ni écrit ni consenti que le choix du système de santé est définitif et

irrévocable. Il conteste fermement et selon sa signature du formulaire, et donc de son contenu exclusif, avoir été informé de manière formelle par l'intimé le 1 er juillet 2002 du caractère irrévocable de son choix ainsi que d'avoir été informé de l'annulation programmée en juin 2014 de la possibilité de choisir les assurances privées françaises. Il avait opté pour le choix du système français au 1 er juillet 2002 parce que ce choix lui permettait de s'affilier à un système d'assurance privée et il n'a jamais été question d'exclure la possibilité de s'affilier à une assurance privée. Il conteste formellement que son attention aurait été attirée sur le caractère irrévocable de son choix : d'une part aucun document signé de sa main ne mentionne qu'il aurait bien lu, compris, pris connaissance et/ou accepté les informations contenues dans la lettre d'information, d'autant que cette dernière n'est mentionnée nulle part dans le formulaire du droit d'option. En admettant l'hypothèse que la lettre d'information ait été reçue et comprise, n'existe-t-il pas différentes manières de l'interpréter ? Il rappelle que le SAM n'avait pas immédiatement donné suite à sa demande de lui fournir la copie du formulaire, et qu'il avait dû lui adresser un courrier recommandé à cet égard. L'intimé s'étant exécuté, il s'étonnait de ne pas avoir reçu à cette occasion la lettre d'accompagnement indissociable et indispensable selon les propos du SAM. Il n'était mentionné nulle part ni paraphé (par lui) que la signature du formulaire était conditionnée par la lecture de la lettre d'information qui n'était peut-être jamais arrivée à destination. Le document présenté par l'intimé ne comporte pas l'adresse et le nom du destinataire ni sa signature. Sur cette simple base, l'intimé ne pouvait affirmer qu'il l'aurait bien reçue et donc lu compris et accepté son contenu. D'ailleurs, en comparant le formulaire du choix du système d'assurance-maladie en vigueur actuellement, remplaçant le formulaire du droit d'option édité en 2002, on s'aperçoit incontestablement des nombreuses différences existant entre ces deux documents, notamment la pagination, la clause d'irrévocabilité figurant sur le formulaire actuel et absent du précédent, ces différences confirmant pleinement son argumentation concernant les absences de renseignements et de cadre légal dans le formulaire de 2002 et également sur la copie impersonnelle fournie par le SAM. Il conclut en substance qu'il lui paraît de manière incontournable que le formulaire de 2002 ne lui permettait pas de se positionner pour faire un choix clair et en connaissance de cause entre les deux systèmes d'assurance-maladie proposés. 18. Par courrier du 25 septembre 2007, la recourante a également répliqué, persistant également dans ses conclusions. En substance, concernant les points essentiels de son argumentation, même si à la forme ils se distinguent quelque peu de la réplique de son mari, celle-ci est identique. Comme son époux, elle a produit à titre comparatif un exemplaire vierge du formulaire de choix du système d'assurance-maladie, actuellement en vigueur. 19. L'intimé a dupliqué, dans chacun des dossiers, par courrier du 16 novembre 2017, quasiment identique, à la forme. Il persiste dans ses conclusions. Les recourants contestent le caractère irrévocable du droit d'option qu'ils ont signé le 1 er juillet 2002, au motif que le formulaire ne mentionnait pas expressément le caractère irrévocable du droit d'option. L'intimé rappelle que le formulaire dûment signé par chacun des recourants était accompagné d'une lettre d'information quant au choix du système d'assurance-maladie applicable, cette lettre mentionnant clairement le caractère irrévocable du choix du système d'assurance-maladie durant leur activité en Suisse. Il remarque également que l'irrévocabilité relative à l'usage du droit d'option était également mentionnée dans la Feuille d'avis officielle (FAO) du canton de Genève du 12 juin 2002. Force est dès lors de constater que la notion d'irrévocabilité du droit d'option ne saurait être discutée. S'agissant de la lettre d'information accompagnant le formulaire du droit d'option, il ressort du journal de bord du

système informatique du SAM qu'une première lettre d'information a été envoyée au recourant et à la recourante le 26 juin 2002. Le formulaire de droit d'option était joint à ce courrier. Or, ni le recourant ni la recourante n'auraient pu recevoir le formulaire et, au final, pu le retourner au SAM dûment complété et signé s'ils n'avaient pas reçu ladite lettre d'information. Quant à la teneur proprement dite de la lettre d'information accompagnant le formulaire, l'intimé rappelle que le document qu'il a produit est une réimpression d'un exemple de lettre d'information adressée aux travailleurs frontaliers suisses résidant en France dont la teneur est fondamentalement la même que celle adressée en 2002 aux recourants par l'intermédiaire de leur employeur de l'époque. Il n'y avait d'ailleurs pas lieu que les recourants signent ladite lettre d'information, car en effet celle-ci n'avait pas pour vocation d'accompagner le formulaire de droit d'option, tout en insistant clairement et sans équivoque sur l'irrévocabilité de l'usage de ce droit. Enfin, si l'intimé a bien conservé les formulaires dûment retournés, complétés et signés par les recourants, en tant que moyen de preuve de l'exercice de leur droit d'option, il n'était pas tenu de conserver au-delà d'un certain nombre d'années tous les documents administratifs adressés aux administrés. Il a repris pour le surplus l'argumentation développée précédemment en ce qui concerne le grief de défaut d'information au sujet de l'annulation de la possibilité de souscrire une assurance privée française. Il a enfin relevé que tant le recourant que la recourante, de par leur profession d'infirmier en milieu hospitalier, étaient naturellement plus sensibilisés que toute autre personne frontalière travaillant dans des secteurs professionnels différents, pour se préoccuper de la question de la couverture des frais des soins et de santé, dans leur cas particulier. 20. Les recourants ont encore réagi aux dernières écritures de l'intimé, par courriers séparés mais identiques du 22 novembre 2017 (l'exemplaire signé par la recourante est du reste resté rédigé au masculin). Ils persistent dans leur recours et dans leurs explications précédentes. Selon eux, l'intimé a montré son incapacité à fournir la preuve de ce qu'il avance en ce qui concerne la clause d'irrévocabilité, et n'a pas été en mesure de fournir le document, signé de leur main, contenant la clause litigieuse, prétextant ne pas avoir à le faire. Ils considèrent que « c'est surtout parce que ce document n'existe pas ». La remarque de l'intimé consistant à prétendre que de par l'exercice de leur profession d'infirmier, les recourants auraient été naturellement plus sensibilisés que tout autre frontalière concernant la couverture des frais et soins de santé. Ils voient dans cette remarque un jugement de valeur totalement inacceptable qui dénoterait selon eux du parti pris de l'intimé. Le directeur du SAM, (qui a formulé cette remarque), est probablement mieux placé qu'eux dans ces domaines, vu ses fonctions; raison pour laquelle ils auraient aimé avoir de sa part des explications claires et non interprétables. L'existence d'une lettre d'information n'est pas un gage de la bonne compréhension de cette même lettre surtout en l'absence de renseignements sur de possibles changements de clauses contenues dans ce courrier, ce qui est totalement inadmissible. De la même manière, le directeur de l'intimé allègue (au conditionnel) que les recourants auraient choisi le système d'assurance-maladie française en raison de la possibilité de souscrire une assurance privée française. L'usage du conditionnel sous-entend que tel ne serait pas le cas. Pourtant c'est bien ce que les recourants avaient fait. En conclusion, les recourants demeuraient dans l'attente de leur inscription à la LAMal. 21. Sur quoi la chambre de céans a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1. a. En vertu de l'art. 58 al. 2 la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse

ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.![endif]>![if> Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA et relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). b. En l'espèce, le recourant et la recourante, actuellement domiciliés en France, travaillent en qualité de frontaliers pour des employeurs ayant leur domicile dans le canton de Genève. Par ailleurs, la contestation porte sur une question relative à la LAMal. La chambre de céans est par conséquent compétente *ratione loci* et *materiae* pour juger du cas d'espèce. 2. Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 – LaLAMal ; RSG J 3 05 ; art. 89B et 89C let. a de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10). ![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit des recourants à pouvoir s'affilier auprès d'un assureur-maladie en Suisse et singulièrement sur l'exercice de leur droit d'option au sens de l'ALCP.![endif]>![if> 4. Selon l'art. 70 LPA l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la où les autres viennent d'être introduites (al. 2).![endif]>![if> Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, et qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Code annoté de procédure administrative genevoise LPA/GE et lois spéciales, Stéphane Grodecki et Romain Jordan, Editions Stämpfli SA Berne 2017, page 237 et références jurisprudentielles citées). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans serait fondée à joindre les causes, vu le contexte de faits et la problématique juridique rigoureusement identiques, les recourants étant mari et femme, les décisions et autres actes de la procédure portant les mêmes dates et l'instruction des recours ayant été menée en parallèle. En vertu de son large pouvoir d'appréciation, elle ne le fera formellement pas, mais statuera en revanche sur les deux recours en un seul acte, portant les deux numéros de causes et deux numéros d'arrêt différents. 5. a. L'ALCP, entré en vigueur le 1er juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse. Il prévoit, à son art. 8, que les parties règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment l'égalité de traitement (let. a) et la détermination de la législation applicable (let. b).![endif]>![if> Selon l'art. 1er par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP), les parties contractantes conviennent d'appliquer entre elles, dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, les actes juridiques de l'Union européenne auxquels il est fait référence dans la section A. Ainsi, selon la section A ch. 1 de cette annexe, les parties contractantes appliquent notamment entre elles le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs

non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 précité. b. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec effet, pour la Suisse, au 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. Selon la jurisprudence constante, doivent être prises en compte les modifications de l'état de fait ou de droit survenues jusqu'au prononcé de la décision administrative (ATF 128 V 315 consid. 1).

6. 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 Etat 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 Etat d'occupation salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre Etat membre. En d'autres termes, le travailleur frontalier est soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*) : l'Etat compétent est l'Etat d'emploi (art. 13 par. 2 let. a du Règlement 1408/71; ATF 133 V 339 consid. 4.3.1 ; ATF 133 V 137 consid. 6.1). b. Le principe de la *lex loci laboris* peut cependant être assorti d'exceptions. Ainsi, en application de l'art. 89 du règlement 1408/71, l'annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. b/aa Selon l'annexe VI, les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire de soins en tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, Finlande, Italie et, dans certains cas, le Portugal. La demande d'exemption doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque dans les cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire (section A par. 1 let. o point 3 b de l'annexe II de l'ALCP, dans sa version en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 in fine ). b/bb. Selon la teneur initiale de l'annexe II de l'ALCP, le frontalier français travaillant en Suisse et les membres de sa famille ne disposaient pas du droit d'option (voir notamment KESSLER / LHERNOULD, Code annoté européen de la sécurité sociale, 2010, p. 345 ; KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes suisse-CE et le droit des assurances sociales, in SJ 2001 II 81 p. 129). En effet, lors des négociations de l'ALCP, les autorités françaises n'avaient pas souhaité l'introduction du droit d'option, car cela revenait à remettre en cause le principe de l'unicité de la législation applicable. Elles sont cependant revenues sur cette position de principe après avoir été saisies par le Groupement transfrontalier européen - dont la vocation est de veiller à l'intérêt des populations transfrontalières - d'un rapport insistant sur l'importance du droit d'option pour les travailleurs frontaliers (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Sur la base des conclusions d'une expertise indépendante, le gouvernement français

s'est engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou CMU). Comme une majorité de travailleurs frontaliers se trouvait alors au bénéfice d'un contrat d'assurance privé, le gouvernement a finalement admis que le choix pouvait aussi se porter sur des opérateurs privés en cas d'option pour la couverture d'assurance en France. La législation française a été modifiée en conséquence par l'adjonction dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 380-3-1, qui pose le principe de l'affiliation obligatoire au régime de base de la sécurité sociale (CMU) des travailleurs frontaliers qui ont demandé à être exemptés de l'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie. Il prévoyait cependant, pour une période transitoire, se terminant au plus tard le 31 mai 2014, que les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Depuis le 1er juin 2014, les frontaliers qui avaient opté pour le système français et souscrit une assurance privée ont progressivement été transférés à l'assurance-maladie sociale française – la CMU – à la date d'échéance annuelle de leur contrat privé, mais au plus tard le 1er juin 2015. b/cc. En résumé, selon l'ALCP et les règlements applicables, les frontaliers travaillant en Suisse doivent en principe s'assurer dans ce pays. S'ils ne le souhaitent pas, ils doivent faire état de leur droit d'option dans le délai de trois mois dès l'obligation d'assurance en Suisse. Passé ce délai ou si l'assuré ne fait pas usage de son droit d'option, le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévaut (ATF 131 V 202 consid. 2 ; voir également MURER / STAUFFER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n° 23 ad Art. 3; RIONDEL BESSON, Le droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes : difficultés de mise en œuvre et conséquences pour les assurés, in Cahiers Genevois et romands de sécurité sociale n° 42-2009, p. 35). Ainsi, en fonction du droit d'option, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse peuvent être couvertes soit en Suisse soit en France. Elles ont le choix entre le régime d'assurance-maladie suisse selon la LAMal, le régime de la CMU et jusqu'au 1er juin 2014, l'assurance privée en France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.4). c. L'entrée en vigueur du règlement n° 883/2004 n'a pas modifié les principes précités, le principe de l'unicité de la législation étant prévu par l'art. 11 par. 1, celui de la lex loci laboris par l'art. 11 par. 32 let. c) et le droit d'option à l'annexe XI. 7. 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 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal, sont tenues de s'assurer en Suisse. b. Quant à la procédure pour faire valoir le droit d'option, elle est la suivante. b/aa. Conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal, sont sur requête exceptées de l'obligation de s'assurer en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de la Communauté européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie. A titre de preuve, il leur suffit de présenter un certificat d'assurance correspondant aux exigences du système de l'assurance-maladie de l'Etat de domicile (voir l'information destinées au canton, intitulée « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », établi par l'office fédéral des

assurances sociales (OFAS) en février 2002, p. 25 et 26). b/bb. Les frontaliers souhaitant faire usage du droit d'option octroyé par l'ALCP et le règlement n° 1408/71 devaient en faire la demande dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de l'ALCP, soit jusqu'au 31 août 2002. En raison de modifications législatives en France en ce qui concernait la CMU, la Suisse a accordé un nouveau délai d'option jusqu'au 31 mars 2003 afin de permettre le passage à la CMU (voir Feuille d'information 1/03 sur l'admission des frontaliers dans l'assurance-maladie sociale en France, destinée aux organes cantonaux compétents, datée du 29 janvier 2003). La demande d'exception à l'obligation de s'assurer doit être déposée auprès du canton dans lequel l'activité lucrative est exercée (art. 7 al. 4 OAMal). A Genève, le SAM est compétent pour statuer sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal ; RS J 3 05)).

8. a. A 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 Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse. Cette disposition a notamment été concrétisée par l'alinéa 4 des dispositions transitoires de la modification du 22 mai 2002 de l'OAMal, selon lequel en collaboration avec l'OFAS et les employeurs compétents, les cantons informent sur l'obligation de s'assurer, d'ici trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes, les frontaliers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne. Ces informations valent d'office pour les membres de la famille résidant dans un Etat membre de la Communauté européenne.

L'art. 6a al. 3 LAMal prévoit quant à lui que l'autorité désignée par le canton affilié d'office les personnes qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile. Elle statue sur les demandes d'exception à l'obligation de s'assurer.

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

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

9. 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.

Dans ce contexte, la chambre de céans rappelle que les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative ; elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux

règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004, consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (MOOR, Droit administratif, vol. I, 2012, p. 428, n° 2.8.3.3). b. Dans un premier temps, l'OFAS a expliqué, dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », destiné aux cantons, daté du mois de février 2002, que « les personnes auxquelles l'Etat de domicile accorde un droit d'option (...) et qui ne veulent pas s'assurer en Suisse doivent présenter une demande d'exception à l'obligation de s'assurer à l'autorité cantonale compétente dans les trois mois qui suivent la naissance de l'obligation de s'assurer en Suisse. Elles peuvent être exceptées de cette obligation sur la base de leur droit d'option (...). En l'absence de demande de leur part dans le délai imparti, elles sont tenues de s'assurer en Suisse. 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 ». 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 ». e. Enfin, l'OFSP a rédigé deux documents traitant du droit d'option effectué de facto. Ainsi, dans un premier document intitulé « Révision de la Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France ; introduction d'un formulaire ad hoc harmonisé – Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse : effets sur l'assurance-maladie et sur l'assujettissement des travailleurs détachés », daté du 2 mai 2013, en annexe duquel figurait la note conjointe du 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 LAMAI (cf. ci-dessus ch. 3 Irrévocabilité du droit d'option). Cette obligation de rester assuré dans le régime français concerne non seulement les personnes qui ont été exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, mais aussi les personnes qui ont de facto exercé leur droit d'option en concluant une assurance privée en France sans en référer aux autorités suisses (p. ex. citoyen suisse domicilié en France et travaillant en Suisse – sans avoir besoin d'un permis G – et qui a de ce fait échappé au contrôle cantonal de l'obligation de s'assurer) ». Ces mêmes principes ont été repris dans un second document, un courrier de l'OFSP daté du 4 juillet 2014, intitulé « Actualisation de la Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie avec la France ; adaptation du formulaire ad hoc harmonisé ». 10. 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 dans un délai de trois mois, sauf à risquer d'encourir des pénalités sous forme de suppléments de prime ».

11. 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).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

13. a. En l'espèce, l'ALCP et les règlements cités sont applicables aux recourants du point de vue personnel : de nationalité française, ils doivent être considérés comme des travailleurs qui sont ou étaient soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004). Par ailleurs, dans la mesure où les prestations litigieuses se rapportent à l'un des risques énumérés expressément à l'art. 4 par. 1 du règlement n° 1408/71 et à l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004, en l'occurrence la lettre a (prestations de maladie et de maternité), la réglementation précitée leur est également applicable du point de vue matériel.

b. En tant que résidents français travaillant en Suisse, les recourants bénéficiaient du droit d'option et pouvaient, s'ils le souhaitaient, s'affilier auprès d'une

assurance française (assurance publique ou privée) en lieu et place d'un assureur-maladie suisse. Il ressort des pièces du dossier, - ce qui au demeurant est admis par les recourants en tant que tel (toute autre étant la portée qu'ils prétendent y donner ou les conséquences qu'ils entendent en tirer) -, qu'ils ont signé le formulaire par lequel ils ont exercé leur droit d'option en date du 1<sup>er</sup> juillet 2002. c. Selon la jurisprudence, il y a abus de droit manifeste, prohibé par l'art. 2 al. 2 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), lorsqu'une personne use de son droit sans ménagement ou de manière inutilement rigoureuse (ATF 135 III 162), notamment lorsqu'elle choisit, sans raison objective, parmi plusieurs solutions équivalentes, celle qui est la plus nuisible à l'autre partie (ATF 131 III 459 consid. 5.2). Parmi les cas typiques d'abus de droit manifeste au sens de l'art. 2 al. 2 CC figurent l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique contrairement à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 129 III 493 consid. 5.1). Dans cette dernière catégorie, le comportement de celui qui accepte d'abord de conclure une convention et qui, par la suite, en considération de règles impératives, excipe de l'invalidité de cette même convention, n'est toutefois constitutif d'abus de droit que si des conditions particulières sont réalisées (ATF 133 III 61 consid. 4.1 ; ATF 129 III 493 consid. 5.1). 14. Les recourants, qui ne nient pas avoir effectivement signé, l'un comme l'autre, le formulaire de droit d'option, et d'avoir ainsi opté pour l'assurance maladie de leur pays de résidence, soutiennent en revanche qu'ils n'auraient pas exercé ce droit d'option de manière éclairée, car, dans la mesure où le document qu'ils ont signé ne comportait pas la mention que ce choix était unique et irrévocable, il ne leur serait pas opposable. Ils tentent en vain de mettre en doute le fait qu'ils aient reçu la lettre d'information qui accompagnait le formulaire de droit d'option. A cet égard, les recourants ne sont pas crédibles, et pour plusieurs raisons. Les recourants n'affirment pas catégoriquement ne pas avoir reçu cette lettre (tout au plus ne s'en souviennent-ils pas). Ils contestent en revanche formellement que leur attention ait été attirée sur le caractère irrévocable de leur choix, en se prévalant d'une part de ce qu'aucun document signé de leur main ne mentionne qu'ils auraient bien lu, compris, pris connaissance et/ou accepté les informations contenues dans la lettre d'information, d'autant que cette dernière n'est mentionnée nulle part dans le formulaire du droit d'option. Ils soutiennent encore que, même en admettant que la lettre d'information ait été reçue et comprise, n'existerait-il pas différentes manières de l'interpréter ? Ils tentent encore de jeter le doute sur la probité de l'intimé, en rappelant que le SAM n'avait pas immédiatement donné suite à leur demande de leur fournir la copie du formulaire qu'ils auraient signé, et qu'ils avait dû lui adresser un courrier recommandé pour le lui rappeler. L'intimé s'étant exécuté, ils s'étonnent néanmoins de ne pas avoir reçu à cette occasion – outre la copie du formulaire que chacun d'eux avait signé (unique objet de leur demande) - la copie de la lettre d'accompagnement. Ils se prévalent encore qu'il n'était mentionné nulle part ni paraphé (par eux) que la signature du formulaire était conditionnée par la lecture de la lettre d'information qui n'était « peut-être » jamais arrivée à destination, et de ce que le document présenté par l'intimé ne comporte pas l'adresse et le nom du destinataire ni sa signature. Ainsi les recourants multiplient des objections purement formelles pour tenter de faire croire qu'ils n'auraient pas été suffisamment informés du caractère irrévocable du droit d'option. Or, comme l'indique l'intimé dans sa duplique, il ressort de son carnet de bord que dans le cas d'espèce, les recourants se sont vu adresser la lettre d'information litigieuse le 26 juin 2002. Le formulaire de droit d'option était joint à ce courrier, de sorte que les recourants n'auraient pas pu recevoir le formulaire et exercer ainsi leur droit d'option en le

retournant signé, s'ils n'avaient pas reçu cette lettre. Il faut à cet égard également relever que ce genre de communications, destinées à un grand nombre de personnes, sont souvent, comme dans le cas d'espèce, adressées de manière impersonnelle, sur une lettre type, sur laquelle seuls les nom et adresse du destinataire sont rajoutés, juste avant l'impression du document ; il est d'autre part usuel que ce genre de courriers ne soient datés que du mois et de l'année, et ne soient pas nécessairement signés de façon manuscrite par leur auteur, l'administration mentionnant fréquemment des formules telles que « valable sans signature ». Or, dans le cas d'espèce, tel n'était pas le cas : la fameuse lettre type était datée du 17 juin 2002, et comportait la signature manuscrite de la directrice du SAM de l'époque. Or, vu le nombre d'exemplaires de ce courrier qui a effectivement été adressé par le SAM, aux destinataires concernés, en juin 2002, ils n'ont manifestement pas pu l'être tous le même jour, soit le 17 juin ; et dans le cas particulier, l'intimé a précisé que les recourants s'étaient vu adresser ce courrier le 26 juin 2002, selon les données enregistrées dans son « journal de bord ». La chambre de céans tient cette explication comme vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante. Du reste les recourants ne l'ont pas remise en cause dans leurs dernières observations. La chambre de céans remarque au demeurant que dans un cas présentant de nombreuses similitudes avec les recours ici sous examen, elle avait rejeté ( ATAS/426/2016 , du 30 mai 2016) le recours d'une employée des HUG, frontalière domiciliée en France, elle aussi assurée à l'époque par une assurance privée française, qui avait, quant à elle, exercé son droit d'option, au moyen du même formulaire que les recourants dans le cas d'espèce, le 8 juillet 2002, sur le formulaire qui était annexé à la lettre d'information du 17 juin 2002, soit le même document que les recourants ont, au degré de la vraisemblance prépondérante, reçu avec le formulaire qu'ils ont signé le 1<sup>er</sup> juillet 2002 et retourné à l'intimé. Dans le cas d'espèce, le Tribunal fédéral avait rejeté le recours interjeté par l'intéressée (arrêt 9C\_467/2016 du 9 août 2016). Or dans cet arrêt, le Tribunal fédéral avait précisément considéré à ce sujet : « Certes, comme la recourante le soutient, la déclaration du 8 juillet 2002 a produit des effets sous l'empire d'une réglementation qui est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2002. La recourante a toutefois obtenu la dérogation qu'elle souhaitait en 2002, en vertu d'une assurance claire et sans équivoque donnée par le SAM (courrier du 17 juin 2002), et pouvait escompter qu'aucune atteinte ne fût portée à la situation juridique correspondante. ». Dans le cas d'espèce, c'est bien dans le même esprit que les recourants avaient exercé leur droit d'option en 2002, au demeurant pour les mêmes raisons que la personne dont il s'agit dans l'exemple évoqué.![endif]>![if> De plus, il ressort également de ce qui précède, qu'en son temps, tant du côté français que du côté suisse, les autorités ont très largement diffusé les informations utiles par rapport à ce droit d'option, et son caractère irrévocable ; sans compter que nombre d'associations de défense de frontaliers ont également été très actives dans ce domaine. Ainsi, au-delà même de l'argumentation soutenue par les recourants par rapport à cette fameuse lettre d'information, ils ne sauraient soutenir sérieusement ne pas avoir été pleinement renseignés au sujet du caractère unique et irrévocable du droit d'option qu'ils ont donc exercé en toute connaissance de cause. Il est au demeurant notoire qu'à l'époque, les primes d'assurances maladie privées françaises étaient beaucoup plus avantageuses pour les intéressés et que les primes de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, d'où le nombre de frontaliers qui avaient alors opté pour le régime d'assurance français de leur domicile. Toutefois, lorsque l'État français a décidé qu'au fur et à mesure de l'échéance des contrats d'assurances maladie privées souscrits par les frontaliers concernés, les intéressés devraient obligatoirement être affiliés à la CMU, ces derniers ont réalisé que, sous ce régime de

sécurité sociale, les primes ne seraient plus les mêmes, calculée en pourcentage du salaire, et non pas selon un montant fixe. C'est aussi ce qui explique que nombre de frontaliers, qui avaient à l'époque exercé leur droit d'option, ont tenté de revenir au système LAMal, mais en vain. Enfin, et dans la mesure où les recourants soutiennent ne pas avoir été pleinement informés, à l'époque, par le SAM, à défaut de l'avoir été par les autorités françaises, du fait qu'ils ne pourraient, à terme, plus rester sous le régime de l'assurance privée française mais émargeraient alors à la CMU, comme l'a justement relevé l'intimé, le Tribunal fédéral s'est déjà prononcé sur ce sujet : la Haute cour considérant que « le fait que la législation française applicable à l'époque autorisait, à titre provisoire (cf. ATF 142 V 192 consid. 3.4.3 p. 197), la conclusion d'un contrat avec un assureur privé relevait de la compétence exclusive des autorités françaises, comme mentionné par le tribunal cantonal sur la base de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 142 V 192 consid. 5.2 p. 199 s.). Il n'appartenait donc pas à l'administration genevoise de renseigner la recourante sur le " droit de sous-option ", au contraire de ce que celle-ci soutient. S'il est exact que les notes conjointes relatives à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ci-après l'ALCP; RS 0.142.112.681) mentionnent cette problématique depuis 2008 et si cet effort conjoint de la Suisse et de la France est positif, il n'en demeure pas moins que tel n'était pas le cas auparavant et que cet élément ne faisait pas - et ne fait toujours pas - partie du devoir d'information des autorités suisses » ( 9C\_561/2016 du 27/3/2017 consid. 6.2). 15. Enfin, peu importe que depuis lors le formulaire destiné à l'exercice du droit d'option ait changé, mentionnant désormais expressément, dans le formulaire même, que le droit d'option est irrévocable, dès lors qu'à l'époque les documents utilisés, établis par les autorités cantonales, ne mentionnaient l'irrévocabilité de ce choix que dans la lettre d'information annexée, les intéressés ayant suffisamment été informés de ce fait pour avoir exercé en toute connaissance de cause leur droit d'option en 2002. 16. Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimé a rejeté les demandes des recourants de pouvoir exercer leur droit d'option, au motif qu'ils l'avaient déjà exercé, et que ce choix était irrévocable, en l'absence de circonstances nouvelles limitativement énumérées et non réunies en l'espèce. 17. Au vu de ce qui précède, les recours totalement mal fondés seront donc rejetés. 18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al.1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare les recours de Monsieur A\_\_\_\_\_ (A/2991/2017) et de Madame A\_\_\_\_\_ (A/2993/2017) recevables. 2. Au fond : Les 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO 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.