

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1159/2025

ATAS/201/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 mars 2026**

**Chambre 4**

En la cause

**A**\_\_\_\_\_

recourants

**B**\_\_\_\_\_

représentés par Maître Andreas DEKANY, avocat

contre

**SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.**

---

### **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le \_\_\_\_\_ 1964, ressortissant français, marié à C\_\_\_\_\_ et père de B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 2004. L'épouse de l'assuré et la mère de l'assurée est fonctionnaire internationale auprès du Bureau international du travail (ci-après : BIT).

**b.** Les assurés sont titulaires d'un permis C. Ils résident à Genève depuis décembre 2022 et ont vécu auparavant plusieurs années dans le canton de Vaud.

**c.** Par décisions du 12 mars 2024, le service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM ou l'intimé) a affilié d'office l'assuré à la CSS ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : CSS) et sa fille à ASSURA CAISSE MALADIE ET ACCIDENT (ci-après : Assura), avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2024, au motif qu'ils n'avaient pas donné suite à leur contrôle d'affiliation depuis plus de trois mois. Ces décisions pouvaient faire l'objet d'une opposition dans les 30 jours dès sa notification auprès du SAM.

**d.** Par courriel du 25 mars 2024, l'assuré a informé le SAM que sa fille et lui-même étaient tous deux affiliés à l'assurance-maladie des fonctionnaires du BIT grâce à son épouse, qui était fonctionnaire internationale auprès de cette organisation. Il joignait en copie leur carte d'assurance-maladie du BIT et attendait son retour pour s'assurer que leurs dossiers de couverture d'assurance maladie auprès du SAM étaient bien en ordre grâce à cette communication.

**e.** Par courrier recommandé du 27 mars 2024, l'assuré a confirmé sa demande au SAM, précisant que cela faisait quinze ans que sa fille et lui-même étaient assurés par l'assurance maladie du BIT. Il n'y avait donc nul besoin de les affilier d'office à un assureur-maladie, ce qui ferait double emploi, sans bénéfice ni obligation.

**f.** Le 29 avril 2024, le SAM a demandé à l'assuré et sa fille de remplir un formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie.

**g.** Le 12 septembre 2024, l'assuré a informé le SAM que le BIT avait suggéré à son épouse de lui faire parvenir par courriel leurs attestations d'assurance-maladie du BIT ainsi que les formulaires de contrôle, remplis, timbrés et signés par celui-ci. Il effectuait cette transmission avec un retard dont il s'excusait.

Selon deux attestations établies le 15 mai 2024 par le secrétaire exécutif de la Caisse d'Assurance pour la Protection de la Santé (ci-après : CAPS), l'assuré et sa fille étaient couverts par l'assurance-maladie et accident du BIT, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour le premier et le 1<sup>er</sup> juillet 2008 pour la seconde. La CAPS fournissait une couverture santé aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires du BIT ainsi qu'aux membres de leur famille. Elle était auto-administrée et financée par les cotisations des assurés, calculées sur la base de leur rémunération ou de leur pension ainsi que par les cotisations du BIT. La CAPS fournissait une

couverture d'assurance médicale complète, valable dans le monde entier, 24 heures sur 24, en lieu et place des systèmes de sécurité nationaux et des régimes d'assurance-maladie complémentaires locaux.

En reconnaissance de la mobilité des fonctionnaires internationaux et de leur famille, l'art. 2.1 des Statuts de la CAPS prévoyait une liberté de choix des prestataires médicaux, pharmacies, établissements médicaux, sans restriction géographique. La CAPS couvrait l'hospitalisation, les traitements ambulatoires, les soins dentaires, les frais d'optique, en cas de maladie ou d'accident. Le code 1.7 du barème des prestations prévoyait le remboursement des coûts liés aux traitements psychiatriques et psychologiques et le code 6.1 le remboursement des frais de transport en cas d'urgence.

En application des art. 2.2 et 2.5 des Statuts de la CAPS, le taux de remboursement des frais médicaux pouvait atteindre 100%. L'obligation annuelle maximale de la caisse était fixée à USD 150'000.- selon l'art. 2.6 des Statuts ou USD 600'000.- par décision du secrétariat.

**h.** Par décisions du 14 octobre 2024, le SAM a refusé d'octroyer une dispense à l'assuré et sa fille. Depuis 1996, la loi obligeait toutes les personnes domiciliées en Suisse à s'assurer pour les soins en cas de maladie auprès d'un assureur admis. Leur assurance était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse. De surcroît, la demande d'exemption avait été formulée au-delà des trois mois après leur emménagement à Genève et à la lettre de contrôle du SAM du 11 avril 2023, qui était restée sans réponse jusqu'au 12 septembre 2024. Ils n'entraient pas dans les catégories énumérées à l'art. 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et ils ne pouvaient donc pas être dispensés de l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire des soins. Par conséquent, ils étaient invités à conclure un contrat avec un assureur suisse dans les meilleurs délais pour annuler leur affiliation d'office.

**i.** Le 31 octobre 2024, l'assuré a formé opposition pour lui-même et sa fille aux décisions précitées.

**j.** Le 14 novembre 2024, l'assuré et sa fille, assistés d'un conseil, ont conclu à l'annulation des décisions du 14 octobre 2024 et à la dispense de s'affilier auprès d'un assureur maladie suisse, ainsi qu'à l'annulation de leur avis d'affiliation d'office du 12 mars 2024. Ils concluaient également à ce que toutes les prétentions de CSS et Assura vis-à-vis d'eux soient annulées. Cela faisait presque dix ans qu'ils étaient dispensés de s'assurer auprès d'un assureur-maladie suisse, puisqu'ils étaient déjà couverts par une assurance maladie équivalente, à savoir la CAPS, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. À cette époque, ils habitaient à D\_\_\_\_\_, dans le canton de Vaud, et les autorités vaudoises leur avaient accordé la dispense. Leurs frais médicaux leur avaient toujours été remboursés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et l'équivalence de la CAPS était évidente. Cette assurance remboursait

également les frais dentaires et les frais d'optique, ce qui n'était pas le cas d'une assurance-maladie suisse. Les prestations de la CAPS étaient donc non seulement équivalentes à celle des assurances maladie suisses mais supérieures. Il n'y avait par conséquent aucun besoin de les affilier à CSS et à Assura.

**k.** Le 14 février 2025, l'assuré a indiqué au SAM se trouver dans une situation très difficile en raison de l'affiliation d'office à la CSS, car cette dernière avait requis une poursuite contre lui pour un montant de plus de CHF 4'000.-. Il n'était pas en mesure de payer ce montant et demandait à ce que cette affaire puisse être réglée au plus vite pour que CSS annule ses factures et qu'elle ne lui envoie pas d'autres. Assura avait également envoyé à sa fille une facture rétroactive de plus de CHF 6'000.- pour sept mois de primes et avait commencé à facturer les primes dès le 17 mars 2024 alors qu'elle aurait dû le faire seulement dès le 25 octobre 2024. Assura avait en outre facturé un supplément de prime de 30%, ce qui était inacceptable.

**l.** Par décisions sur opposition du 27 février 2025, le SAM a maintenu ses décisions d'affiliation d'office du 12 mars 2024 et son refus de dispense du 14 octobre 2024.

Étant titulaires d'un permis C et domiciliés à Genève depuis le 2 décembre 2022, l'assuré et sa fille étaient tenus de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). L'épouse de l'assuré était fonctionnaire internationale et disposait d'une carte de légitimation de type D délivrée le 22 mai 2015 par son employeur actuel, duquel découlait des privilèges et immunités dont notamment l'exemption de l'obligation de s'affilier à l'assurance obligatoire des soins LAMal.

Il ressortait des pièces produites, notamment de l'attestation de la CAPS, que celle-ci avait fixé un plafond maximum et que sa couverture d'assurance ne couvrait pas les prestations allant au-delà de ses limites par année alors que la LAMal ne connaissait pas de restriction de montant. Force était de constater que les conditions de l'art. 6 OAMal n'étaient pas réunies.

Par ailleurs, les assurés ne remplissaient aucune des catégories énoncées aux art. 2 et 6 OAMal qui leur permettraient de bénéficier d'une dispense.

La CAPS était une institution étrangère qui ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale en Suisse.

En outre, les demandes de dispense lui étaient parvenues tardivement le 27 mars 2024, car l'assuré et sa fille auraient dû adresser leur requête dans le délai de trois mois à compter de leur venue dans le canton de Genève. C'était donc à juste titre que le SAM leur avait adressé une décision de refus de dispense le 14 octobre 2024.

Les 14 novembre 2024 et 15 février 2025, l'assuré et sa fille indiquaient que CSS, respectivement Assura, leur avaient infligé des frais de retard et qu'ils souhaitaient que le SAM intervienne. Conformément à l'art. 8 OAMal, l'assureur devait tenir compte équitablement de la situation financière de l'utilisateur et des circonstances du retard. En cas de décision d'affiliation tardive de la part de l'assureur, l'utilisateur était en droit de demander des précisions à celui-ci concernant la facturation. Ainsi, il leur appartenait de motiver par écrit aux assureurs les circonstances du retard et éventuellement leur situation financière. Le SAM n'était pas compétent à cet égard.

- B. a.** Le 2 avril 2025, l'assuré et sa fille, représentés par un conseil, ont formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre les décisions sur opposition du SAM concluant, sur mesures provisionnelles, à la suspension avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2024 de leur affiliation d'office auprès de la CSS et Assura ainsi qu'à l'annulation des décisions de ces dernières et de toutes leurs factures, sommations et prétentions à leur encontre, et à ce qu'il soit ordonné à la CSS de donner un contrordre à la poursuite et au commandement de payer notifié à l'assuré le 11 novembre 2024.

Les recourants concluaient, préalablement, à la jonction des causes, à l'apport du dossier de l'office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après : OVAM), à ce qu'il soit ordonné au SAM de produire des statistiques relatives aux personnes domiciliées à Genève bénéficiaires de la couverture de la CAPS et membres du BIT, à l'audition de E\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de la CAPS.

Principalement, ils concluaient à l'annulation des décisions du 27 février 2025 et des décisions d'affiliation d'office auprès de la CSS et d'Assura du 12 mars 2024, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2024 et à la dispense d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire des soins.

Les recourants ont fait valoir qu'ils remplissaient les conditions de l'art. 6 al. 4 OAMal, dès lors qu'ils étaient assurés à la CAPS. C'était à juste titre qu'ils n'avaient pas été tenus de s'affilier à une assurance-maladie suisse dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 par l'OVAM.

Cela faisait plus de dix ans qu'ils étaient affiliés à la CAPS et tout s'était toujours bien passé. Cette dernière était une assurance-maladie équivalente au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal.

Les décisions du SAM étaient contraires au droit et au principe de l'égalité de traitement, dès lors que de nombreuses autres personnes se trouvaient dans la même situation qu'eux et qu'elles avaient été dispensées de l'obligation de s'affilier.

L'art. 6 al. 4 OAMal ne prévoyait aucun délai pour formuler la demande de dispense. Le SAM citait une jurisprudence qui n'était pas applicable au cas d'espèce. Il omettait de mentionner qu'ils habitaient déjà en Suisse avant d'arriver

à Genève. La « naissance de l'obligation d'assurance en Suisse » pour reprendre les termes de l'arrêt cité par le SAM ne correspondait donc pas à leur cas.

**b.** Le 8 avril 2025, l'intimé a informé la CSS et Assura qu'une procédure relative à l'affiliation des recourants était en cours et leur a demandé de suspendre la procédure de recouvrement à leur encontre dans l'attente l'issue de la procédure.

**c.** Par réponse du 29 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet des recours, car les demandes de dispense lui étaient parvenues tardivement et la couverture de l'assurance-maladie n'était pas équivalente à la LAMal.

S'agissant du grief de l'inégalité de traitement, le SAM n'avait pas connaissance des personnes invoquées par les recourants et il ne lui était pas possible de procéder à une vérification de leur dossier. Chaque situation pouvait présenter des particularités, qui pouvaient avoir une incidence lors de l'examen d'une demande de dispense. Le principe de la légalité devait primer sur celui de l'égalité de traitement, si bien que cet argument des recourant ne pouvait être retenu.

Il était démontré que les recourants ne remplissaient pas les conditions pour bénéficier d'une dispense et que c'était à juste titre que l'intimé les avait affiliés d'office auprès de la CSS et Assura à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024.

Il avait procédé à son analyse du dossier et il n'avait pas à tenir compte de la décision vaudoise.

**d.** Par réplique du 27 mai 2025, les recourants ont persisté dans leurs conclusions.

**e.** Le 17 juin 2025, l'intimé en a fait de même. Sa mission était de contrôler si les recourants étaient bien affiliés à un assureur maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale dans le canton de Genève. Le fait que les recourants venaient d'un autre canton ne changeait rien à cela.

**f.** Le 27 juin 2025, les recourants ont développés leurs griefs contre la décision attaquée et produit des pièces rédigées en anglais.

**g.** Le 30 juin 2025, la chambre de céans a demandé aux recourants une traduction française des pièces produites en anglais et de lui transmettre les coordonnées de personnes qui seraient dans la même situation qu'eux et qui auraient été dispensées de l'obligation de s'assurer.

**h.** Le 30 juin 2025, la chambre de céans a demandé à l'intimé de produire toutes les pièces en sa possession relatives aux recourants, en particulier celles liées au contrôle d'affiliation préalable de ses décisions d'affiliation du 12 mars 2024.

**i.** Le 30 juin 2025, la chambre de céans a demandé à l'OVAM de lui transmettre une copie de ses dossiers concernant les recourants.

**j.** Par arrêt incident du 8 juillet 2025 (ATAS/534/2025), la chambre de céans a ordonné la jonction des procédures ouvertes suite aux recours de l'assuré et de sa fille et rejeté leur demande de mesures provisionnelles.

**k.** Le 8 juillet 2025, l'OVAM a transmis des pièces relatives aux recourants à la chambre de céans.

**l.** Le 15 juillet 2025, l'intimé a indiqué avoir expédié aux recourants un courrier de contrôle de l'affiliation à la LAMal du 11 avril 2023 et un rappel le 12 juin 2023. Il n'était pas en mesure de procéder à une réimpression desdits courriers mais transmettait un modèle de ceux-ci. Il était totalement erroné d'affirmer qu'il avait créé un précédent en exemptant systématiquement les membres de la famille de fonctionnaires du BIT de l'obligation de s'affilier à une assurance-maladie suisse.

**m.** Le 28 juillet 2025, les recourants ont indiqué qu'ils ignoraient l'identité des personnes qui se trouvaient dans la même situation qu'eux. L'épouse du recourant savait néanmoins qu'ils étaient nombreux et la CAPS connaissait leur identité. L'épouse du recourant savait également que la liste des personnes concernées évoluait de façon dynamique au gré des changements des employés du BIT, de la constitution de leur famille et des changements éventuels de leur lieu de domicile. L'intimé connaissait également l'identité des personnes qui se trouvaient dans la même situation. C'était pour cette raison que les recourants avaient pris leurs conclusions préalables. Ils transmettaient un document public téléchargé du site Internet du BIT intitulé « Organisation et structure du personnel du BIT au 31 décembre 2025 », qui avait été traduit en français pour les besoins de la cause. Le recourant avait surligné certains points essentiels qui étaient importants dans le cadre de son raisonnement, selon lequel plusieurs centaines de personnes se trouveraient dans la même situation que lui et sa fille. Il s'agissait d'une statistique qui n'était pas nominative et qui permettait d'estimer de façon approximative le nombre de personnes qui étaient dans la même situation. Le document indiquait le nombre total des employés du BIT recensés dans le monde au 31 décembre 2025, soit 3'381 personnes. Sur ce nombre, 1'162 personnes étaient employées au siège genevois du BIT. Sur ce nombre, environ 800 personnes étaient employées dans des catégories d'employés « P » (professionnel) ou dans des catégories supérieures. Le recourant n'avait pas pris en compte la catégorie « G » (général), soit des personnes qui habitaient probablement en France voisine, ou possiblement dans le canton de Genève ou ailleurs en Suisse.

Sur ces 800 employés de catégorie P ou supérieure travaillant à Genève, le recourant estimait qu'environ 400 personnes (50%) habitaient avec leur famille à Genève. Sur ces 400 employés, il estimait qu'il y avait en moyenne une personne supplémentaire affiliée à la CAPS par employé, en comptant une moyenne d'un enfant mineur ou majeur et un époux ou une épouse. D'après le document, les personnes concernées avaient entre 36 et 55 ans, soit l'âge moyen des personnes ayant une famille. Environ 400 personnes résidaient à Genève et étaient assurées par la CAPS, en vertu de leur lien de parenté avec une personne employée par le BIT, et exemptées de l'obligation de s'assurer auprès d'une assurance-maladie

LAMal par l'intimé. Cette estimation prenait en compte la situation au 31 décembre 2020. La totalité des exemptions octroyées par le SAM aux personnes qui étaient dans la même situation que le recourant durant les onze dernières années devait concerner environ 600 personnes, compte tenu d'un taux de rotation hypothétique du personnel de 5% par an. Le secrétaire général de la CAPS avait indiqué, le 25 juin 2025, qu'à sa connaissance, l'intimé avait toujours accordé l'exemption. Une liste nominative ne pouvait pas être produite par le recourant, mais son estimation pourrait toutefois être affinée à l'aide de statistiques récentes dont la production avait été demandée.

Les recourants ont notamment transmis à l'intimé la traduction française d'un courriel adressé le 27 mai 2025 par E\_\_\_\_\_ à l'épouse du recourant, selon lequel il était disposé à l'aider, mais il n'était pas certain de pouvoir témoigner ou fournir la déclaration demandée. Il n'était pas non plus sûr de pouvoir fournir des statistiques sur la CAPS et il ne savait pas combien d'assurés de la CAPS avaient été exemptés par le SAM. Cependant, à sa connaissance, celui-ci avait toujours accepté d'accorder l'exemption.

**n.** Le 21 août 2025, l'intimé a rappelé qu'en application de l'art. 6 al. 1 LAMal, le contrôle de l'obligation de s'assurer était confié aux cantons. Dès lors, il n'était pas lié par une décision émanant du canton de Vaud. La production du document sur la composition et la structure du personnel au 31 décembre 2020 du BIT était sans pertinence et n'était qu'un support accessoire pour une réflexion purement personnelle et subjective du recourant.

L'intimé ne pouvait faire fi de l'existence du plafond maximum fixé par la CAPS et du fait qu'un tel plafond n'était pas prévu par la LAMal. Il confirmait en conséquence ses conclusions.

**o.** Le 25 août 2025, les recourants ont fait valoir que le courrier de contrôle de l'affiliation à la LAMal du 11 avril 2023 et le 12 juin 2023 produits par l'intimé étaient sans pertinence. Il s'agissait de courriers datant de plus de deux ans, qui n'avaient manifestement jamais été envoyés et qu'ils n'avaient jamais reçu. De plus, l'intimé n'avait pas produit ses statistiques.

Il fallait traduire le courrier du secrétaire général de la CAPS du 27 mai 2025 de la façon suivante : « il est toutefois vrai, qu'à ma connaissance, ils (le SAM) avaient toujours accepté d'accorder l'exemption ». Or, l'intimé avait traduit cette phrase de manière erronée de la manière suivante : « à ma connaissance peu d'assurés ont été exemptés par le SAM ».

L'intimé avait gravement violé le principe de l'égalité de traitement en n'accordant pas l'exemption de l'obligation de s'assurer aux recourants. Cela ressortait du courrier électronique adressé à l'épouse du recourant en français le 22 août 2025 par le secrétaire général de la CAPS.

À teneur de ce courriel produit par les recourants, le secrétaire général de la CAPS leur confirmait qu'à sa connaissance, toutes les demandes que leurs assurés

avaient faites au SAM en vue d'une exemption de la LAMal avaient été acceptées. Ils signaient plusieurs formulaires par semaine et jamais ils n'avaient été informés d'un rejet de la demande.

**p.** Le 9 septembre 2025, l'intimé a indiqué avoir sollicité de son service informatique la réimpression des courriers adressés en 2023 aux recourants. Il était ainsi en mesure de les leur transmettre. Il produisait également une capture d'écran de son journal, qui démontrait la véracité ainsi que la bonne expédition des courriers à ceux-ci. Si les recourants n'avaient véritablement jamais reçu ces courriers comme ils l'alléguaient – lesquels les informaient de l'obligation de s'affilier à la LAMal –, comment était-il possible qu'ils aient requis une dispense.

L'argumentation relative à la supériorité de la CAPS, qui contenait un plafond, pouvait être balayée sur la base des arrêts du Tribunal fédéral 9C\_858/2016 et 9C\_8/2017. Selon le Tribunal fédéral, une assurance privée, dans laquelle un plafond annuel était assuré pour le coût des soins, ne correspondait pas à la couverture de l'assurance obligatoire des soins tels qu'elle était prévue à l'art. 25a et 25 al. 2 let. a LAMal et 7 OAMAL. Cela constituait une grave lacune de l'assurance. Même si l'assurance privée offrait des avantages (par exemple : libre choix du médecin de l'hôpital, chambre à deux lits et traitement par le médecin-chef ou un médecin agréé à l'hôpital, couverture intégrale des coûts dans le monde entier, traitement dentaire et contribution aux moyens auxiliaires pour la vue au cas où il serait impossible de le compenser). La couverture insuffisante des prestations de soins pesait plus lourd dans la balance et ce, même si elle constituait le seul inconvénient de la solution d'assurance actuelle. Le Tribunal fédéral déniait par conséquent le droit à une exemption à l'obligation de s'assurer.

Au vu des éléments susmentionnés, l'intimé peinait à percevoir la pertinence du témoignage du secrétaire général de la CAPS et maintenait ses conclusions.

**q.** Le 2 octobre 2025, les recourants ont persisté à soutenir n'avoir pas reçu le courrier prétendument envoyé par l'intimé. Quoi qu'il en soit, ce courrier était dénué de toute pertinence, car ils avaient simplement changé de canton. C'était donc à tort que l'intimé était parti de l'idée qu'ils avaient emménagé en Suisse. La lettre produite le 9 septembre 2025 par l'intimé indiquait : « la loi sur l'assurance-maladie oblige toute personne domiciliée en Suisse de s'assurer contre la maladie et les accidents dès sa prise de domicile en Suisse ». Ils n'étaient donc pas concernés par la lettre type de l'intimé.

Les recourants avaient réagi en 2024 à la décision d'affiliation d'office de l'intimé à des assurances-maladie LAMal. Si la CAPS était équivalente dans le canton de Vaud, elle l'était par voie de conséquence également dans le canton de Genève. C'était d'ailleurs pour cette raison que des centaines de personnes se trouvant dans la même situation que les recourants avaient bénéficié de la dispense de l'obligation de s'assurer. Les arrêts du Tribunal fédéral cités par les recourants n'avaient aucun lien avec la présente procédure et les plafonds mentionnés dans

ces arrêts étaient beaucoup moins élevés que ceux prévus par la CAPS. Le témoignage du secrétaire général de la CAPS était pertinent contrairement à ce que soutenait l'intimé.

Les recourants ont produit la preuve d'un remboursement récent de frais médicaux par la CAPS en faveur de la recourante, ce qui attestait selon eux du fait qu'ils continuaient de bénéficier des excellentes prestations de la CAPS, qui était équivalente à l'assurance-maladie LAMal.

### **EN DROIT**

#### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 LAMal.

Sa compétence pour juger des cas d'espèce est ainsi établie.

**1.2** Interjeté en temps utile, les recours sont recevables (art. 60 al. 1 LPGA).

#### **2.**

Le litige porte sur le bien-fondé de l'affiliation d'office des recourants à des assureurs-maladie suisses par l'intimé et du refus de ce dernier de les dispenser de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie par un assureur suisse, selon la LAMal.

#### **3.**

**3.1** Aux termes de l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (al. 1). Le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 LEH (al. 2).

Selon l'art. 4 LAMal, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal - RS 832.12

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 132 V 310 consid. 8.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1).

Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6 al. 1 LAMal). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal).

À Genève, le SAM contrôle l'affiliation des assujettis, selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997

(LaLAMal-J 3 05) et il statue également sur les exceptions à l'obligation d'assurance, selon l'art. 5 de cette loi.

Selon l'art. 10 al. 2 OAMal, l'autorité cantonale compétente statue en outre sur les requêtes prévues aux art. 2 al. 2 à 5 OAMal (exceptions à l'obligation de l'assurer) et 6 al. 3 OAMal (personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international).

L'OCPM communique au SAM les départs, décès, arrivées et naissances, ainsi que les types de permis octroyés et leurs modifications (art. 4 du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 ; RaLAMal - J 3 05.01). Selon l'art. 5 RaLAMal, le service informe toute personne tenue de s'assurer et lui impartit, le cas échéant, un bref délai pour ce faire. À défaut d'affiliation dans ce délai, il ordonne l'affiliation d'office (al. 1). Le service n'est pas responsable du défaut d'assurance (al. 2). Le service affine d'office les personnes soumises à l'obligation d'assurance qui refusent ou négligent de s'affilier conformément à la loi fédérale (art. 6 al. 1 RaLAMal).

**3.2** À teneur de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 LEH.

Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a notamment adopté l'art. 6 OAMal, qui traite des personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international. Depuis sa modification du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (RO 2017 6723), la disposition précitée contient un nouvel al. 4 concernant les personnes assurées avec une personne qui a cessé ses fonctions auprès d'un bénéficiaire institutionnel (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_613/2019 du 7 mai 2021 consid. 3.2.1).

Selon l'art. 6 al. 1 OAMal, les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 let. a et c, de la loi du 22 juin 2007 sur l'État hôte, à l'exception des domestiques privés, ne sont pas tenues de s'assurer. Elles peuvent demander à être soumises à l'assurance suisse.

Selon l'art. 6 al. 4 OAMal, les personnes qui sont assurées avec une personne mentionnée aux al. 1 ou 3 auprès de l'assurance-maladie d'un bénéficiaire institutionnel visé à l'art. 2 al. 1 let. a, b, i ou k LEH et qui ne bénéficient pas elles-mêmes de privilèges ou d'immunités sont exceptées sur requête de l'obligation de s'assurer, pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent du bénéficiaire institutionnel donnant tous les renseignements nécessaires.

Ni la LAMal, ni l'OAMal ne contiennent de dispositions concernant le délai dans lequel les requêtes de dispense de l'assurance obligatoire doivent être déposées. Une note de la Mission permanente de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève du 15 novembre 2017

prévoit un délai de trois mois. Dans un arrêt de principe du 11 décembre 2025, la chambre de céans a jugé qu'une demande d'exemption au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal ne peut être subordonnée à l'observation d'un délai (ATAS/985/2025).

La notion d'équivalence de l'OAMal que se doit de respecter l'assurance-maladie privée substitutive exige l'incorporation contractuelle du catalogue des prestations en cas de maladie garanties aux art. 25 à 31 LAMal (Gregor T. CHATTON, *Les exceptions à l'assurance obligatoire des soins : quelques points de contact entre le droit public et le droit privé*, RSAS 2011 458, p. 472 ; Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, in Ulrich MEYER [éd.], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], 3e éd., 2016, n. 58).

L'équivalence est ainsi donnée si l'assurance étrangère couvre de manière substantielle l'ensemble des coûts des traitements ambulatoires, hospitaliers et semi-hospitaliers en cas de maladie, accident et maternité ainsi que ceux liés à une hospitalisation en division commune d'un hôpital public ou d'un établissement semi-hospitalier en Suisse (ATF 134 V 34 consid. 5.8). La personne assurée ne doit pas participer aux coûts d'une manière supérieure à celle si elle se trouvait affiliée à l'assurance obligatoires des soins (ci-après : AOS) (EUGSTER-KVG, *op. cit.*, n. 74 *ad* art. 3 LAMal). Le Tribunal fédéral a jugé que la condition d'équivalence n'était pas remplie dans un cas où l'assurance étrangère couvrirait seulement 80% des coûts de santé, même si l'assuré avait en plus assuré les 20% restants sur une base volontaire privée (arrêt du Tribunal fédéral K 167/00 du 4 octobre 2001 consid. 3c ; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C\_86/2016 du 18 novembre 2016 consid. 4.3 et 9C\_182/2009 du 2 mars 2010 consid. 5.1).

L'exigence d'une couverture équivalente ne signifie cependant pas qu'il faille une concordance exacte sur tous les points avec les prestations assurées par l'AOS, faute de quoi une exemption serait à peine envisageable. Il suffit que l'assurance étrangère couvre de manière similaire les domaines centraux de l'assurance. Des déficits dans des domaines accessoires peuvent ainsi être compensés par d'autres avantages offerts par l'assurance étrangère (EUGSTER-KVG, *op. cit.*, n. 73 *ad* art. 3 LAMal). Cet auteur considère en outre que les exclusions de couverture de nature secondaire pour des risques plutôt théoriques (comme les atteintes à la santé consécutives à des troubles de guerre en Suisse) ou pour des faits extrêmement rares (comme les atteintes à la santé provoquées intentionnellement) sont marginales et donc sans importance (EUGSTER-KVG, *op. cit.*, n. 76 *ad* art. 3 LAMal).

Selon l'art. 2 al. 8 OAMal, sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement

acceptables ; la requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires.

L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes, une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1) même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse). En outre, cette disposition ne peut être invoquée que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé ; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse (ATF 132 V 310 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.3).

L'art. 2 al. 8 OAMal ne doit pas servir à prévenir les simples désavantages subis par une personne du fait que le système suisse n'offre pas du tout ou pas aux mêmes conditions favorables la couverture d'assurance dont elle bénéficiait auparavant sous le système étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_921/2008 du 23 avril 2009 consid. 4.3). Toutefois, elle doit au moins éviter l'inconvénient résultant du fait qu'une personne ne peut pas utiliser les offres effectivement disponibles en Suisse en raison de son âge et/ou de son état de santé, ou ne peut le faire que dans des conditions difficilement supportables avant d'atteindre son niveau d'assurance étranger précédent (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_8/2017 consid. 8).

Une prime d'assurance complémentaire suisse plus élevée ne suffit pas en soi à justifier une dispense d'adhérer à l'assurance suisse. En revanche, lorsque cette différence de coût s'explique par le fait que l'assureur complémentaire suisse augmente le montant des primes en fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance, il peut tout à fait en résulter une difficulté accrue, due à l'âge, de conclure une assurance complémentaire, ce qui peut être pertinent au regard de l'art. 2 al. 8 OAMal. Toutefois, même dans ce cas de figure, seule une différence de prime prohibitive par rapport au montant de la prime étrangère peut rendre « difficilement acceptable » la conclusion d'une assurance complémentaire suisse et donc justifier une exception à l'obligation de s'assurer (arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zürich KV.2007.00043 du 30 août 2008 consid. 4.3.3, cité *in* EUGSTER, *op. cit.*, n. 12 *ad* art. 3 LAMal).

Compte tenu des dispositions restrictives de la loi sur l'obligation de s'assurer, il n'y a en règle générale pas de détérioration claire de la couverture d'assurance actuelle ou de la couverture des coûts actuelle, au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal,

---

lorsque l'assurance existante ne couvre pas les frais de soins de manière à ce que les prestations selon l'art. 25a ainsi que l'art. 25 al. 2 let. a LAMal et l'art. 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) soient garanties - du moins approximativement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_875/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2 et consid. 3.3).

Pour que les art. 2 al. 2 à 5 et 7 OAMal puissent être exonérés, il faut qu'ils bénéficient d'une « couverture d'assurance équivalente » à celle prévue par la LAMal (cf. ATF 134 V 34 consid. 5 p. 36 ss ; RAS 2011 OAMal n. 3 p. 13 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_313/2010 consid. 4.3). Même si le libellé de l'art. 2 al. 8 OAMal n'exige pas expressément une couverture d'assurance équivalente, l'absence de cette couverture est déjà pertinente pour des raisons de systématique légale et en vue d'une couverture d'assurance complète (minimale). En outre, une lacune dans la couverture d'assurance (par rapport aux prescriptions minimales de la LAMal) - du moins si elle est importante - doit être considérée comme une lacune évidente, qui est comblée par l'assujettissement à l'assurance obligatoire, compte tenu également de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades visée par l'obligation d'assurance. L'absence de couverture des coûts des soins, telle qu'elle est prévue aux art. 25a, 25 al. 2 let. a LAMal et 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS - RS 832.112.31), constitue une grave lacune de l'assurance actuelle (RAS 2012, art. 6, p. 18, 9C\_510/2011, consid. 4.4.2 et 4.4.3 ; arrêt 9C\_86/2016 du 18 novembre 2016 (consid. 2.2)).

Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

4. Les recourants ont fait valoir que l'art. 6 al. 4 OAMal ne prévoyait aucun délai pour formuler la demande de dispense.

Il convient d'admettre ce grief, au vu de l'arrêt de principe rendu par la chambre de céans le 11 décembre 2025, selon lequel une demande d'exemption au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal ne peut être subordonnée à l'observation d'un délai (ATAS/985/2025).

5. Les recourants ont fait valoir qu'ils habitaient déjà en Suisse avant d'arriver à Genève, soit depuis 1997 pour le recourant et dès sa naissance en 2024 pour sa fille. La « naissance de l'obligation d'assurance en Suisse » (art. 6 al. 4 OAMal) pour reprendre les termes de l'arrêt cité par le SAM ne correspondait donc pas à leur cas.

Selon l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (al. 1).

Dans l'arrêt ATAS/514/2024 du 26 juin 2024, la chambre de céans a relevé que la situation de la recourante n'était pas celle d'une personne qui venait de l'étranger,

---

étant donné qu'elle avait bénéficié pendant des années d'une dispense à l'obligation de s'assurer en raison de son statut d'enfant de fonctionnaires internationaux. Avec l'expiration de la dispense, elle s'était retrouvée, dans les faits, dans une situation similaire à celle d'une personne s'installant en Suisse.

Il résulte de cet arrêt que la question de la dispense ne se pose pas qu'à l'arrivée d'un étranger en Suisse, même si c'est le cas le plus fréquent, de sorte que le fait que les recourants résidaient déjà en Suisse avant d'arriver à Genève n'excluait pas l'examen de la question de la dispense par l'intimé.

6. Les recourants ont fait valoir que le canton de Vaud leur avait octroyé la dispense de l'obligation de s'assurer à l'assurance de soins obligatoires auprès d'un assureur suisse, se pose donc la question de savoir si la pratique antérieure du canton de Vaud liait l'intimé.

Il est de jurisprudence constante que le droit fédéral des assurances sociales ne connaît pas de droit acquis à une prestation d'assurance – ou au montant d'une telle prestation – à moins que la loi ne le prévoie par une disposition expresse (ATF 124 V 275 consid. 2b) ou que la loi fixe une fois pour toutes les situations particulières et les soustrait aux effets des modifications légales, ou lorsque des assurances précises ont été données à l'occasion d'un engagement individuel (ATF 118 Ia 245 consid. 5b ; 117 V 229 consid. 5b).

Certes, les art. 8 al. 1 et 9 Cst. empêchent que des prétentions ne soient arbitrairement supprimées ou réduites, notamment quant à leur montant, et que des atteintes aux droits concernés interviennent unilatéralement et sans justification particulière au détriment de quelques intéressés ou de certaines catégories d'entre eux (ATF 130 V 18 consid. 3.3). Selon les circonstances, le législateur est tenu d'adopter des dispositions transitoires, soit pour éviter des conséquences ainsi prohibées, soit pour permettre aux intéressés de s'adapter à la nouvelle situation légale (ATF 122 V 409 consid. 3b/bb ; SJ 2001 I p. 417 consid. 2).

En l'espèce, le fait que le canton de Vaud ait autorisé une dispense aux recourants pendant plusieurs années ne saurait fonder une obligation pour l'intimé de continuer à le faire, faute de disposition légale le prévoyant, d'engagement à payer ces prestations sans limite et dès lors que la décision de refus de dispense n'apparaît pas arbitraire ou injustifiée.

Dès lors que le contrôle de l'obligation de s'assurer est confié aux cantons (art. 6 al. 1 LAMal, il est légitime que l'intimé ait examiné la situation des recourants lorsque ceux-ci se sont domiciliés dans le canton de Genève. L'obligation d'être assuré de l'art. 3 al. 1 LAMal est applicable tout au long du séjour des personnes qui se domicilient en Suisse et pas seulement au moment où elles arrivent de l'étranger.

7. En l'espèce, la LAMal ne connaît pas de restrictions de montant, de durée ou encore d'exclusion de prise en charge des soins médicaux alors que la CAPS

limite ses prestations, puisque l'obligation annuelle maximale de celle-ci est fixée à USD 150'000.- selon l'art. 2.6 des Statuts ou USD 600'000.- par décision du secrétariat. Les recourants ne contestent pas que les prestations de la CAPS sont limitées, mais font valoir que le plafond est élevé. Or, le simple fait qu'elles soient limitées suffit à considérer qu'elles ne sont pas équivalentes à celles couvertes par la LAMal, qui ne prévoit pas de plafonds à ses prestations.

Les recourants ont fait valoir que l'intimé se prévalaient d'arrêts du Tribunal fédéral qui n'étaient de toute évidence pas applicables au cas d'espèce.

La chambre de céans constate que les arrêts du Tribunal fédéral cités par l'intimé ne concernent pas exactement le même cas que celui des recourants, puisqu'il s'agit de cas d'application de l'art. 2 al. 8 OAMal et non de l'art. 6 al. 4 OAMal. Cela étant, dans les deux cas, il doit y avoir une couverture d'assurance équivalente selon la jurisprudence en la matière (arrêt 9C\_510/2011 précité, consid. 4.4.2, notamment). Les arrêts cités par le Tribunal fédéral sont donc pertinents en tant qu'ils abordent ce sujet. En particulier, ils indiquent que l'absence de couverture des coûts des soins, telle qu'elle est prévue aux art. 25a, 25 al. 2 let. a LAMal et 7 OPAS, constitue une grave lacune de l'assurance actuelle (RAS 2012, art. 6, p. 18, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_510/2011, consid. 4.4.2 et 4.4.3 et 9C\_86/2016 du 18 novembre 2016 consid. 2.2).

Il convient ainsi d'admettre que la couverture de la CAPS n'est pas équivalente à celle de la LAMal, de sorte que les conditions d'une dispense, au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal ne sont pas remplies.

8. Les recourants ont encore font valoir que les décisions de l'intimé étaient contraires au principe de l'égalité de traitement, dès lors que de nombreuses autres personnes se trouvaient dans la même situation qu'eux et qu'une dispense de l'obligation de s'affilier leur avait été confirmée. Il n'y avait pas lieu de les traiter différemment.

Le principe de l'égalité de traitement consacré à l'art. 8 al. 1 Cst. commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2).

En l'espèce, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les recourants ne seraient pas traités de la même manière que d'autres personnes se trouvant dans la même situation, étant relevé qu'ils n'ont pas été en mesure de citer des cas concrets de personnes qui auraient été traitées différemment d'eux. Leurs hypothèses en la matière ne sont pas convaincantes, pas plus que le message adressé le 22 août 2025 à l'épouse du recourant par E\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci indiquait qu'à sa connaissance, toutes les demandes d'exemption faites par les assurés de la CAPS auprès du SAM avaient été acceptées, faute de production de documents prouvant cette allégation.

Par ailleurs, le principe de la légalité de l'activité administrative prévaut sur celui de l'égalité de traitement. Or, en l'espèce, il a été retenu à juste titre, sur la base de

la jurisprudence du Tribunal que la condition de la couverture équivalente n'était pas remplie. Les recourants ne peuvent donc se prévaloir du principe de l'égalité de traitement contre la décision querellée.

**9.** Le recourants demandent l'audition du secrétaire général de la CAPS.

La chambre de céans ne donnera pas suite à cette demande, dès lors que ce dernier a déjà indiqué dans son courriel du 27 mai 2025 qu'il n'était pas certain de pouvoir témoigner ou fournir la déclaration demandée. Il n'était pas non plus sûr de pouvoir fournir des statistiques sur la CAPS et il ne savait pas combien d'assurés de la CAPS avaient été exemptés par le SAM. Cependant, à sa connaissance, ils avaient toujours accepté d'accorder l'exemption.

Au vu du contenu de ce courriel, son audition n'apparaît pas susceptible d'apporter des éléments utiles à la procédure.

**10.** Infondés, les recours seront rejetés.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare les recours recevables.

**Au fond :**

2. 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

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le