

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1560/2015 et A/1561/2015

ATAS/955/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Saint-Julien-en-Genevois,
FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître BARILLON Jacques

recourante

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis route de Frontenex
62, Genève

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née B_____, de nationalité française, est domiciliée avenue des C_____ à Saint-Julien-en-Genevois (France). Elle a débuté une activité lucrative salariée en Suisse en date du 19 juin 2014, et elle est titulaire d'un permis G depuis le 25 août 2014.
2. Par courrier du 2 septembre 2014, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) lui a adressé un courrier d'information concernant les travailleurs frontaliers et travailleuses frontalières résidant en France (ci-après : les travailleurs frontaliers). Selon l'accord sur la libre circulation des personnes (ci-après : ALCP), faisant partie intégrante des accords bilatéraux, le travailleur frontalier devait être assuré contre la maladie à son lieu de travail, mais il pouvait faire usage d'un droit d'option, lui permettant de rester assuré, pour les frais de soins, en France. Il lui fallait indiquer au SAM, en renvoyant à ce dernier, dans les trois mois suivant la date de son changement de situation, un formulaire annexé à ce courrier, dûment complété par l'indication de la solution qu'il choisissait, à savoir la couverture maladie française ou l'assurance-maladie suisse (LAMal). Ledit formulaire devait être complété aussi par la caisse primaire d'assurance-maladie (ci-après : CPAM) de son lieu de résidence et, en cas d'affiliation à la LAMal, être accompagné d'un certificat de l'assureur suisse garantissant une validité de couverture dès le 1^{er} jour du mois du changement de situation, ainsi qu'être pourvu des cachets et signatures originaux. Le droit d'option était irrévocable durant toute la période d'activité en Suisse. Sans réponse de sa part dans le délai indiqué, le SAM l'affilierait d'office, ainsi que les membres concernés de sa famille, dans le système suisse.
3. Par courrier du 9 septembre 2014, l'intéressée a indiqué au SAM qu'elle était bénéficiaire d'un contrat d'assurance-maladie souscrit auprès de la société anglaise Amariz, la couvrant pour le risque maladie en France, en Suisse et dans l'Union européenne. Elle demandait à être exemptée de l'obligation d'assurance obligatoire conformément à l'art. 2 al. 6 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) et à l'annexe XI du règlement CE 883/2004. Elle considérait ne pas avoir à soumettre sa requête d'exemption à l'approbation préalable de la CPAM, car « la jurisprudence européenne (avait) établi que toute disposition légale ou réglementaire ou toute convention entre les États membres de l'UE et de l'AELE ne respectant pas les principes et l'esprit d'un règlement européen (était) nulle de plein droit ». Elle priait le SAM de lui confirmer qu'en tant que frontalière, elle dépendait de la législation suisse en matière d'assurance-maladie et qu'en tant que bénéficiaire de son contrat d'assurance-maladie, elle était en conformité avec ladite législation.
4. Le 22 septembre 2014, le SAM a répondu à l'intéressée par un courriel l'invitant à se référer à son envoi du 2 septembre 2014 et à lui retourner le formulaire « Choix du système d'assurance-maladie applicable », dûment rempli, avec une attestation de la CPAM de son lieu de résidence, à laquelle il lui fallait préciser qu'elle avait cette assurance européenne Amariz établissant des contrats d'assurance en France.

Selon les « dernières décisions du département de la santé publique (gouvernement français décision du 18.06.2014) », les contrats des assurances privées frontalières cesseraient courant 2014 au plus tard et basculeraient à la caisse maladie universelle (ci-après : CMU).

5. L'intéressée n'a pas retourné ledit formulaire au SAM.
6. Par décision du 22 décembre 2014, le SAM a refusé de dispenser l'intéressée de s'affilier à l'assurance-maladie obligatoire suisse, en citant les dispositions légales et conventionnelles applicables, dont une note conjointe franco-suisse relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'ALCP. L'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier résidant en France n'était pas possible en l'absence dudit formulaire dûment rempli et visé par le CPAM du lieu de résidence, attestant que le travailleur frontalier était effectivement affilié en France à l'assurance-maladie obligatoire. Depuis le 1^{er} juin 2014, il n'était plus possible de choisir entre souscrire un contrat d'assurance-maladie privée et l'assurance-maladie française ; le formulaire précité avait été modifié par la suppression de la rubrique relative à l'affiliation auprès d'un assureur-maladie français privé. L'intéressée n'avait pas produit le formulaire considéré dûment rempli. Elle ne pouvait dès lors être exemptée de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Elle serait affiliée d'office à cette dernière, par une décision qui lui parviendrait prochainement. Le refus de l'exempter de l'assurance-maladie obligatoire suisse était sujet à opposition dans les trente jours.
7. Par décision du 8 janvier 2015, le SAM a affilié d'office l'intéressée à l'assurance-maladie obligatoire suisse auprès de Progrès Versicherungen AG, avec effet au 1^{er} janvier 2015, par le biais d'un document « valable sans signature ». L'intéressée pouvait encore, dans les trente jours, lui transmettre le formulaire du choix du système d'assurance-maladie applicable, dûment complété et précisant quel assureur-maladie le couvrirait contre le risque maladie ; cela serait considéré comme une demande d'annulation de son affiliation d'office. Cette décision était sujette à opposition dans les trente jours.
8. Représentée désormais par un avocat, l'intéressée a fait opposition le 22 janvier 2015 aux deux décisions précitées du SAM, à savoir à :
 - la décision du 22 décembre 2014 refusant de la dispenser d'être affiliée à l'assurance-maladie suisse : pour bénéficier d'une exemption à la LAMal, il suffisait que le travailleur frontalier présente une demande d'exemption et prouve que son assurance-maladie couvre le risque maladie en Suisse, en France et dans l'Union européenne ; la note conjointe franco-suisse n'était pas valable ; l'assurance-maladie ne devait pas être contractée obligatoirement dans le pays de résidence ; à son opposition était jointe une attestation de la société anglaise Amariz Limited du 24 juin 2014, aux termes de laquelle l'intéressée était « garantie depuis le 18.06.2014 par adhésion N° 1 _____ au contrat de groupe "AMARIZ SANTE" placé auprès de certains assureurs de

LLOYDD'S DE LONDRES (Autorité Réf. B06118OB14A213A). Les garanties sont les suivantes : Maladie, chirurgie et accident à 100 % du tarif de convention conformément aux conditions générales qui s'y rattachent. Hors de l'Espace Economique Européen, les garanties restent acquises lors d'un séjour à l'étranger n'excédant pas trois mois. »

- la décision du 8 janvier 2015 l'affiliant d'office à l'assurance-maladie obligatoire suisse auprès de Progrès Versicherungen AG : le refus de la dispenser d'être affiliée à l'assurance-maladie suisse que le SAM avait prise le 22 décembre 2014 était contraire au droit, et faisait l'objet d'une opposition ; son affiliation d'office n'était pas fondée non plus.
9. Le SAM a rejeté ces deux oppositions en date du 7 avril 2015, par deux décisions distinctes :
- s'agissant de la dispense d'être affiliée à l'assurance-maladie suisse, il fallait que le travailleur frontalier dispose d'une couverture en cas de maladie, à savoir d'une assurance-maladie obligatoire dans l'État de résidence ; de plus, les frontaliers français travaillant en Suisse et les membres de leur famille ne disposaient pas d'un droit d'option englobant, pour la couverture d'assurance en France, celle souscrite auprès d'assureurs privés ; celui-ci n'avait été finalement admis en France que temporairement, soit jusqu'au 31 mai 2014 , lesdits frontaliers ayant opté pour le système français et ayant souscrit une assurance privée étaient transférés progressivement à l'assurance-maladie sociale française (la CMU) à la date d'échéance annuelle de leur contrat privé, mais au plus tard le 1^{er} juin 2015 ; l'assureur privé anglais Amariz ne constituait pas une assurance-maladie obligatoire française ; l'intéressée n'avait pas produit le formulaire attestant qu'elle était effectivement affiliée en France à l'assurance-maladie obligatoire, dûment complété et visé par le CPAM de son lieu de résidence ; le SAM ne pouvait dès lors l'exempter de l'assurance-maladie obligatoire suisse ; sa décision du 22 décembre 2014 était confirmée ;
 - s'agissant de l'affiliation d'office à l'assurance-maladie obligatoire suisse auprès de Progrès Versicherungen AG, le SAM avait refusé d'exempter l'intéressée de l'assurance-maladie obligatoire suisse, par une décision du 22 décembre 2014, confirmée par une décision sur opposition du 7 avril 2015, aux motifs desquelles il y avait lieu de se référer ; dès lors que l'intéressée était tenue de s'affilier à l'assurance-maladie obligatoire suisse mais ne l'avait pas fait en temps utile, le SAM avait dû l'affilier d'office auprès du assureur-maladie suisse ; sa décision du 8 janvier 2015 était confirmée.
10. En date du 12 mai 2015, l'intéressée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition du SAM du 7 avril 2014 refusant de la dispenser d'être affiliée à la LAMal (cause A/1560/2015). Elle a conclu à l'annulation de cette décision, au constat qu'elle était affiliée à une assurance-maladie la couvrant pour le risque maladie en France, en

Suisse et dans l'Union européenne, au constat qu'elle respectait les conditions d'exemption à l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire, et au prononcé de sa dispense à l'assurance-maladie obligatoire suisse.

L'ALCP visait à coordonner les systèmes de sécurité sociale et notamment à prohiber toute discrimination fondée sur la nationalité. Il l'emportait sur les accords bilatéraux entre la Suisse et la France ; les notes conjointes signées par ces deux États n'étaient pas valables en tant qu'elles ne permettaient pas à un frontalier français de s'assurer contre le risque maladie ailleurs qu'à la CMU française s'il ne voulait être affilié à la LAMal. Comme État européen, la France ne pouvait pas déroger au règlement n° 883/2004. Pour qu'une exemption d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire suisse soit prononcée, il suffisait que la personne frontalière française présente une demande d'exemption et prouve que son assurance-maladie couvre son risque en Suisse, en France et dans l'Union européenne. L'intéressée avait le droit de solliciter son exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse sans avoir à requérir et obtenir l'aval de la CPAM française. Elle bénéficiait de la couverture du risque maladie requise par les accords européens et l'OAMal.

11. Le même 12 mai 2015, l'intéressée a recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition du SAM du 7 avril 2015 prononçant son affiliation d'office auprès de l'assureur-maladie LAMal Progrès Versicherungen AG (cause A/1561/2015). Elle a conclu à l'annulation de cette décision. Il ne pouvait y avoir d'affiliation obligatoire si la personne frontalière française présentait une demande d'exemption et prouvait que son assurance-maladie couvrait son risque en Suisse, en France et dans l'Union européenne. La décision attaquée faisait suite à celle de lui refuser la dispense d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire LAMal, elle aussi contestée devant la chambre des assurances sociales. À tout le moins devait-elle être suspendue jusqu'à droit connu sur ce recours.
12. Par mémoire du 9 juin 2015, le SAM a conclu au rejet du recours A/1560/2015 et à la confirmation de sa décision sur opposition du 7 avril 2015 refusant à la recourante la dispense d'être affiliée à l'assurance-maladie obligatoire suisse.

À teneur des dispositions conventionnelles et légales applicables, l'intéressée n'avait le choix d'opter qu'entre « la LAMal et la CMU ». L'égalité de traitement prévue par l'ALCP impliquait que les États membres traitent les ressortissants des autres États membres de la même manière que leurs propres ressortissants. L'intéressée ne démontrait pas une violation d'une telle égalité de traitement ; la disposition française pertinente (soit l'art. L.380-3-1 du code de sécurité sociale) posait le principe de l'affiliation obligatoire au régime de base de la sécurité sociale (CMU), ce qui n'était pas le cas d'autres États membres (comme l'Allemagne). Les notes conjointes franco-suissees relatives à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'ALCP ne faisaient que préciser les modalités d'exécution du droit d'option entre le système suisse et le système

français ; elles visaient à permettre aux administrations compétentes de s'assurer que le travailleur frontalier avait correctement choisi un système d'assurance-maladie applicable. L'assurance-maladie privée anglaise Amariz ne constituait pas une assurance obligatoire française, et l'intéressée n'avait ni rempli ni fait viser le formulaire par la CPAM de son lieu de résidence. Le SAM ne pouvait l'exempter de l'assurance-obligatoire suisse, mais devait l'affilier d'office, ce qu'elle avait fait en l'affilant dès le 1^{er} janvier 2015 auprès de Progrès Versicherungen AG.

13. Par un mémoire distinct, également du 9 juin 2015, le SAM a conclu au rejet du recours A/1561/2015 et à la confirmation de sa décision sur opposition du 7 avril 2015 procédant à l'affiliation d'office de l'intéressée à l'assurance-obligatoire suisse dès le 1^{er} janvier 2015 auprès de Progrès Versicherungen AG.

Le SAM était chargé de contrôler l'affiliation des assujettis à l'assurance-maladie obligatoire. Il devait affilier d'office les personnes qui ne donnaient pas suite en temps utile à l'obligation de s'assurer. L'intéressée ne remplissait pas les conditions d'exemption à l'assurance-maladie obligatoire suisse. Elle ne s'était pas assurée en temps utile auprès de l'assurance-maladie suisse LAMal ou auprès de l'assurance-maladie sociale française CMU, et elle n'avait pas produit le formulaire concernant le choix du système d'assurance-maladie applicable dûment rempli et visé par la CPAM de son lieu de résidence. Le SAM n'était pas opposé à la suspension de la procédure de recouvrement à l'encontre de l'intéressée (ainsi qu'il avait invité Progrès Versicherungen AG à le faire), jusqu'à droit jugé sur les deux décisions objet des recours A/1560/2015 et A/1561/2015.

14. Les deux mémoires précités du SAM du 9 mai 2015 ont été transmis à l'intéressée, à laquelle il était loisible de consulter le dossier et de présenter d'éventuelles observations jusqu'au 3 juillet 2015.
15. L'intéressée n'a pas présenté d'observations.
16. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, tant pour le refus d'exempter la recourante d'être affiliée à l'assurance-maladie suisse que pour la décision de l'affilier d'office à une assurance-maladie suisse, étant précisé que les deux décisions attaquées sont des décisions rendues sur opposition (art. 56 al. 1 LPGA).

b. Les deux recours ont été interjetés en temps utile, soit dans le délai de trente jours dès leur notification (art. 60 al. 1 LPGA) et prolongé de la durée de la suspension intervenue du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), soit du 29 mars au 12 avril 2015, Pâques étant tombé en 2015 sur le 5 avril.

Ils satisfont tous deux aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Tant le refus d'exempter la recourante d'être affiliée à l'assurance-maladie suisse que la décision de l'affilier d'office à une assurance-maladie suisse touchent la recourante, qui dispose d'un intérêt digne de protection à l'annulation ou la modification de ces deux décisions sur opposition. La recourante a ainsi qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Compte tenu de l'étroite connexité des deux causes, opposant au surplus les mêmes parties, et toutes deux en état d'être jugées, leur jonction en une même procédure sera ordonnée, et il sera statué par un seul arrêt sur les deux recours.

d. Les deux recours A/1560/2015 et A/1561/2015 seront déclarés recevables.

2. a. L'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, 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), la détermination de la législation applicable (let. b), la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales (let. c), le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des parties contractantes (let. d), l'entraide et la coopération administratives entre les autorités et les institutions (let. e). L'ALCP est applicable aux ressortissants des États membres de la Communauté européenne, dont la France, et de la Suisse.

Selon l'art. 1 par. 1 de l'annexe II de l'ALCP – intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP) – en relation avec la section A de cette annexe, les parties contractantes appliquent entre elles en particulier le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (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 (ci-après : règlement n° 574/72) ou des règles équivalentes.

b. Le règlement n° 1408/71 a été remplacé par 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, et le règlement (CEE) n° 574/72 l'a été par le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte institué par l'Accord entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a remplacé l'annexe II à l'ALCP, avec effet, pour la Suisse, au 1^{er} avril 2012 ; cette annexe fait depuis lors référence notamment aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 en lieu et place des règlements n° 1408/71 et n° 574/72.

Les parties contractantes appliquent ainsi entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 précité, dans sa teneur modifiée le 16 septembre 2009 (ci-après : règlement n° 883/2004 - RS 0.831.109.268.1), ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 987/2009 - RS 0.831.109.268.11 ; ATAS/463/2015 du 23 juin 2015 consid. 3 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, p. 598, n. 8).

c. Le règlement n° 883/2004 s'applique, selon son art. 2 par. 1, notamment aux ressortissants de l'un des États membres, et, selon son art. 3 par. 1, à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées, d'invalidité, de vieillesse, de survivant, en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les allocations de décès, les prestations de chômage, de préretraite, et les prestations familiales (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, p. 608 s., n. 25 ss).

d. Une des règles directrices retenues par les règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 est celle de l'unicité de la législation applicable, en vertu de laquelle les personnes auxquelles ils s'appliquent ne sont en principe soumises qu'à la législation d'un seul État membre (art. 11 par. 1 du règlement n° 883/2004). Il s'agit généralement de celle de l'État dans lequel elles travaillent (art. 11 par. 3 let. a du règlement n° 883/2004), en vertu du principe de l'affiliation au lieu de travail, ou, à défaut, de celle de l'État membre de résidence (art. 11 par. 3 let. e du règlement n° 883/2004). Une autre règle cardinale est celle de l'égalité de traitement, ancrée à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, selon lequel, à « moins que le présent règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les

ressortissants de celui-ci. » (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, p. 601 ss, n. 13, 16 et 17).

3. a. En principe, un travailleur frontalier est soumis, en matière de sécurité sociale et en particulier de couverture contre le risque « maladie », à la législation de l'État où il travaille (art. 11 par. 3 let. a du règlement n° 883/2004). Ce principe de la *lex loci laboris* peut connaître des exceptions. Selon l'art. 16 par. 1 du règlement n° 883/2004, que réserve explicitement l'art. 11 par. 3 dudit règlement, deux ou plusieurs États membres, les autorités compétentes de ces États membres ou les organismes désignés par ces autorités peuvent prévoir d'un commun accord, dans l'intérêt de certaines personnes ou catégories de personnes, des dérogations aux art. 11 à 15. De plus, d'après l'art. 83 de ce règlement, les dispositions particulières d'application des législations de certains États membres sont mentionnées à l'annexe XI.

b. Dans sa teneur mise à jour selon l'art. 1 ch. 12 du R (UE) n° 465/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012, en vigueur pour la Suisse depuis le 1^{er} janvier 2015 (RO 2015 345), ladite annexe XI au règlement n° 883/2004 prévoit, concernant la Suisse, que les dispositions juridiques suisses régissant l'assurance-maladie obligatoire s'appliquent (notamment) aux personnes soumises aux dispositions juridiques suisses en vertu du titre II du règlement n° 883/2004 (qui comporte les art. 11 à 16 sur la détermination de la législation applicable), donc en particulier aux frontaliers, y compris les membres de leur famille, mais que ces personnes « peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie » (en plus de la Finlande et du Portugal pour des situations spécifiques ici non pertinentes). Cette demande doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse, étant précisé que lorsque, dans des cas justifiés, elle l'est après ce délai, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance, et elle vaut pour l'ensemble des membres de la famille résidant dans le même État (Annexe XI au règlement n° 883/2004, ad Suisse, ch. 3 let. b ; cf. aussi annexe II à l'ALCP, section A, let. i ad Suisse, ch. 3 let. b).

Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 in fine ; ATAS/58/2015 du 29 janvier 2015 consid. 5b/aa).

c. En son état actuel, l'annexe XI au règlement n° 883/2004 ne comporte pas, concernant la France, de dispositions particulières à propos d'un tel droit d'option.

Le Tribunal fédéral a résumé comme suit l'évolution de la législation française à ce sujet au consid. 4.3.3 de son arrêt 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 (ATF 135 V 339) :

« (...) jusqu'au 1^{er} juin 2002 les relations entre la Suisse et la France en matière de sécurité sociale étaient régies par la Convention de sécurité

sociale du 3 juillet 1975 entre la Confédération suisse et la République française (RS 0.831. 109.349.1). Les travailleurs frontaliers n'avaient alors pas l'obligation de s'affilier à la LAMal, faute de domicile en Suisse (art. 3 LAMal), mais ils en avaient la faculté (art. 3 OAMal; RS 832.102). Lors des négociations de l'ALCP, les autorités françaises n'ont pas souhaité l'introduction d'un droit d'option, car cela revenait à remettre en cause le principe de l'unicité de la législation applicable. Elles sont revenues sur cette position de principe après avoir été saisies par le Groupement transfrontalier européen – dont la vocation est de veiller à l'intérêt des populations transfrontalières – d'un rapport insistant sur l'importance du droit d'option pour les travailleurs frontaliers. Sur la base des conclusions d'une expertise indépendante, le gouvernement français s'est engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou couverture maladie universelle [CMU] selon la loi française du 27 juillet 1999). Comme une majorité de travailleurs frontaliers se trouvait alors au bénéfice d'un contrat d'assurance privé, le gouvernement a finalement admis que le choix pouvait aussi se porter sur des opérateurs privés en cas d'option pour la couverture d'assurance en France (voir à ce sujet : Guylaine RIONDEL BESSON, La sécurité sociale des travailleurs frontaliers dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes, signé entre la Suisse et la Communauté européenne: l'exemple de l'assurance-maladie maternité, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale [CGSS] 30/2003 p. 25 s.). La législation française a été modifiée en conséquence par l'adjonction dans le code de la sécurité sociale d'un article L.380-3-1. Cet article pose le principe de l'affiliation obligatoire au régime de base de la sécurité sociale (CMU) des travailleurs frontaliers qui ont demandé à être exemptés de l'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie. Il prévoit cependant, pour une période transitoire, se terminant au plus tard le 1^{er} juin 2014 (selon l'actuelle version de cette disposition), que les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (voir RIONDEL BESSON, loc. cit., p. 30 s. ; de la même auteure, 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, CGSS 42/2009 p. 33 ss). »

Depuis le 1^{er} juin 2014, les frontaliers qui avaient opté pour le système français et souscrit une assurance privée ont été progressivement transférés à l'assurance-maladie sociale française – la CMU – à la date d'échéance annuelle de leur contrat privé mais au plus tard le 1^{er} juin 2015 (ATAS/58/2015 précité consid. 5b/bb in fine).

d. En résumé, selon l'ALCP et les règlements applicables, les frontaliers travaillant en Suisse doivent en principe s'assurer dans ce pays. S'ils ne le souhaitent pas, ils doivent exercer leur droit d'option dans le délai de trois mois dès l'obligation d'assurance en Suisse. Passé ce délai ou si l'assuré ne fait pas usage de son droit d'option, le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévaut (ATF 131 V 202 consid. 2 ; MURER / STAUFFER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n° 23 ad art. 3; Guylaine RIONDEL BESSON, op. cit., CGSC 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 et le régime de la CMU ; jusqu'au 1^{er} juin 2014, elles pouvaient aussi, transitoirement, choisir une assurance privée en France (ATAS/58/2015 précité consid. 5b/cc).

4. a. Le droit suisse de l'assurance-maladie a été adapté aux normes précitées du droit conventionnel.

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 (art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement ou sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (art. 3 al. 3 LAMal).

L'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) prévoit que sont tenues de s'assurer notamment « les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de (l'ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi (art. 1 al. 2 let. d OAMal), étant précisé que cet art. 95a let. a LAMal fait référence aux règlements n° 1408/71 et 574/72 « dans leur version adaptée » (donc aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009). L'art. 2 al. 6 OAMal énumère au nombre des exceptions à l'obligation de s'assurer le cas des personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et en font la requête, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.

b. Des directives et circulaires d'information précisent les modalités d'exercice du droit d'option du régime de l'assurance-maladie obligatoire. Elles ne constituent pas de nouvelles règles de droit, mais donnent le point de vue de l'administration en charge de mettre en œuvre les dispositions conventionnelles et légales considérées sur l'application qu'il y a lieu de faire de ces dernières ; le juge des assurances sociales en tient compte dans la mesure où elles en permettent une application

correcte (ATF 129 V 200 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.4 ; ATAS/58/2015 précité consid. 8a ; Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, Droit administratif, vol. I, 2012, p. 420 ss).

b/aa. Ainsi, dans un 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 de février 2002, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) a indiqué que « les personnes auxquelles l'État de domicile accorde un droit d'option (...) et qui ne veulent pas s'assurer en Suisse doivent présenter une demande d'exception à l'obligation de s'assurer à l'autorité cantonale compétente dans les trois mois qui suivent la naissance de l'obligation de s'assurer en Suisse (...). En l'absence de demande de leur part dans le délai imparti, elles sont tenues de s'assurer en Suisse. » S'agissant de la preuve à apporter de la couverture d'assurance-maladie, ledit office précisait qu'il suffisait de présenter un certificat d'assurance correspondant aux exigences du système de l'assurance-maladie de l'État de domicile.

b/bb. Concernant les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse, du côté français, une circulaire de la Direction de la sécurité sociale (subdivision du Ministère français de la santé) 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, stipulait 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 (...). 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^{er} juin 2002. »

Par la suite, le 11 mars 2008, l'OFAS, pour la Suisse, et la Direction de la sécurité sociale, pour la France, ont adopté 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 et l'Union européenne », puis ces autorités administratives ont adapté cette note à l'évolution du droit, le 1^{er} février 2013. Dans cette dernière version, ladite note prévoyait que « l'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est conditionné 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. »

Dans un document du 2 mai 2013, 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 », en annexe duquel figurait la note conjointe franco-suisse précitée du 1^{er} février 2013, l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) a relevé que « les personnes exerçant leur droit d'option (avaient alors) deux possibilités d'assurance en France : soit elles s'affili(ai)ent au régime général d'assurance maladie (CMU), soit elles souscriv(ai)ent une assurance privée. La plupart des travailleurs français (avaient) choisi cette dernière possibilité, dont la législation nationale française prévo(ya)it de longue date qu'elle sera(it) fermée au 1^{er} juin 2014 (cette restriction figurait d'ailleurs déjà dans la note conjointe de 2008). Une fois ce réaménagement entré en vigueur, les personnes qui (avaient) opté pour une couverture privée, et leurs membres de famille non actifs, basculer(aie)nt dans l'assurance maladie sociale française (CMU). »

Depuis le 1^{er} juin 2014, comme il n'était plus possible de choisir entre souscrire un contrat d'assurance-maladie privée et l'assurance-maladie française, le formulaire précité a été modifié par la suppression de la rubrique relative à l'affiliation auprès d'un assureur-maladie privé. L'OFSP en a tenu compte dans le nouveau document qu'il a alors adopté, le 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. »

c. En résumé, il faut que le frontalier n'entendant pas être soumis au régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse présente une demande d'exemption, en temps utile, à l'autorité désignée par le canton (art. 6a al. 3 phr. 2 LAMal), soit, dans le canton de Genève, au SAM (art. 5 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 - LaLAMal - J 3 05). Cette demande doit comporter l'exercice du droit d'option et fournir la preuve de la couverture contre le risque « maladie » dans l'État de résidence et lors d'un séjour dans un autre État membre de l'Union européenne et en Suisse. Dans les relations franco-suisse, la demande doit être présentée au moyen d'un formulaire ad hoc, qui doit être obligatoirement visé par la CPAM du lieu de résidence.

5. En l'espèce, la recourante s'est adressée en temps utile à l'autorité compétente, soit à l'intimé. L'ALCP et les règlements européens précités lui sont applicables d'un point de vue tant personnel, en sa qualité de Française résidant en France mais travaillant en Suisse, que matériel, en tant qu'il est question ici de sa couverture contre le risque « maladie ». Il n'est pas contesté qu'elle dispose d'un droit d'option, dont l'exercice impliquerait qu'elle soit dispensée de l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire suisse, pour peu qu'il soit valablement exercé.

C'est par ailleurs un fait avéré que la recourante n'a pas retourné à l'intimé le formulaire ad hoc dûment rempli, comportant notamment le visa de la CPAM de son lieu de résidence, prouvant qu'elle était couverte contre le risque « maladie » conformément aux exigences du droit français.

La recourante estime qu'elle n'a pas besoin d'utiliser le formulaire ad hoc prévu pour exercer son droit d'option, ni surtout de le faire viser par la CPAM de son lieu de résidence, pour le motif qu'elle était bénéficiaire d'un contrat d'assurance-maladie souscrit auprès d'une société anglaise la couvrant pour le risque « maladie » en France, en Suisse et dans l'Union européenne, et, partant, qu'elle a droit à être exemptée de l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire suisse.

6. a. Les notes conjointes franco-suissees relatives à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie valent directives d'application de l'ALCP et des règlements européens précités. L'obligation qu'elles prévoient de présenter une demande d'exemption en utilisant un formulaire ad hoc dûment rempli et visé par la CPAM du lieu de résidence du requérant constitue une modalité, tout à fait raisonnable, d'exécution dudit droit d'option. Elles ne débordent pas du cadre que doivent respecter des ordonnances administratives. Elles sont au demeurant d'autant plus applicables qu'elles peuvent se fonder, de même que les autres modalités d'exécution que ces notes prévoient, sur la délégation de compétence qu'institue l'art. 16 par. 1 du règlement n° 883/2004 en faveur non seulement des États membres mais aussi des autorités compétentes de ces derniers et des organismes désignés par ces autorités de prévoir des dérogations aux dispositions dudit règlement sur la détermination de la législation applicable, donc a fortiori de simples modalités d'exécution de telles dispositions.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social ou, en cas de litige, le juge établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Le devoir de collaboration des parties comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. 130 I 183 consid. 3.2).

Dans une approche formelle de la présente affaire, force est de constater en l'espèce qu'en dépit d'une invitation répétée à se conformer à ces exigences (et l'indication claire de la conséquence de leur inobservation, à savoir un refus d'exemption et une affiliation d'office à une assurance-maladie suisse), la recourante a failli à son devoir de collaboration, à tout le moins s'agissant de la non-production d'un visa de la CPAM de son lieu de résidence. Il n'appartenait pas à l'intimé de suppléer aux carences de la recourante, en particulier d'interroger lui-même ladite CPAM – au demeurant une autorité étrangère – sur le point de savoir si la couverture dont se

prévalait la recourante contre le risque « maladie » satisfaisait aux exigences du droit français et/ou lui garantissait une couverture dudit risque justifiant de déroger à l'obligation de l'assurance-maladie que la LAMal institue en vertu tant de l'art. 117 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) que de l'ALCP et des règlements européens précités. L'intimé était fondé, pour ce motif procédural, à lui refuser l'exemption au régime suisse de l'assurance-maladie qu'elle s'obstinait à ne pas vouloir requérir en se conformant aux exigences précitées.

C'est un premier motif de rejeter le recours dirigé contre le refus d'une dispense d'affiliation à l'assurance-maladie suisse.

c. Il n'y a pas là de formalisme excessif. Il se vérifie au contraire que le droit de procédure ne constitue pas une fin en soi, mais doit servir à permettre une saine application du droit de fond. Il appert en effet que la revendication de la recourante de ne pas utiliser le formulaire ad hoc et surtout de ne pas solliciter le visa de la CPAM de son lieu de résidence s'explique, sans se légitimer pour autant, par son anticipation de la réponse qu'elle obtiendrait de ladite CPAM, à savoir le constat que son assurance privée anglaise n'entre pas dans le régime de couverture du risque « maladie » admis par le droit français à titre d'alternative au régime suisse. Depuis le 1^{er} juin 2014, la recourante n'avait l'option que de s'affilier au régime de base de la sécurité sociale française, à teneur de la L.380-3-1 du code de la sécurité sociale, si elle n'entendait pas être soumise au régime suisse de la LAMal.

La preuve matérielle de la couverture dudit risque, dont les dispositions pertinentes précitées – en particulier l'Annexe XI au règlement n° 883/2004 et l'art. 2 al. 6 OAMal – exigent qu'elle soit rapportée, ne l'était pas, si bien que l'intimé devait refuser l'exemption requise.

7. a. En réalité, la recourante entend obtenir des autorités administratives et judiciaires suisses un contrôle incident de la validité de la L.380-3-1 du code de la sécurité sociale, autrement dit la reconnaissance de son droit, nonobstant ladite disposition, de s'assurer, comme Française résidant en France et travaillant en Suisse, auprès d'une assurance privée anglaise.

b. S'il est admis, en Suisse, que les autorités judiciaires, voire les autorités administratives, peuvent être appelées à écarter l'application des règles de droit qui ne seraient pas conformes au droit supérieur, et donc à en contrôler la validité à titre préjudiciel, selon le système diffus et concret de la juridiction constitutionnelle, l'art. 190 Cst. leur commande d'appliquer les lois fédérales et le droit international. Quand bien même – selon l'évolution de l'interprétation donnée à cette disposition, comprise initialement comme interdisant tout contrôle incident des actes visés – cette norme constitutionnelle n'exclut pas tout contrôle de constitutionnalité et de conventionnalité des lois fédérales et de l'ensemble du droit international qui lie la Suisse, elle n'en exige pas moins que les autorités les appliquent, sauf contrariété irréductible d'une loi fédérale avec un traité international, et elle étend ses effets

aux normes, fédérales et cantonales, qui se fondent directement sur les actes immunisés (Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER ; Droit constitutionnel suisse, 3^{ème} éd., 2013, vol. I, n. 1879 ss, 1903, 1908 s., 1919 ss, 1926 ss, 1937 ss, 1952 ss, 1961 ss ; Pascal MAHON, Droit constitutionnel, 3^{ème} éd., vol. I, 2014, n. 242 ss, 249, 252, 253, 262, 276 ss, 284 ss).

Le droit étranger échappe toutefois à un contrôle incident de constitutionnalité et de conventionnalité, en considération de la limitation de la souveraineté des États. Le refus d'autorités suisses de prendre en compte des normes édictées par un autre État n'est possible que si ces normes sont contraires à l'ordre public suisse. La réserve de l'ordre public suisse doit permettre au juge de ne pas apporter la protection de la justice suisse à des situations qui heurtent de manière choquante les principes les plus essentiels de l'ordre juridique, tel qu'il est conçu en Suisse. En tant que clause d'exception, la réserve de l'ordre public doit être interprétée de manière restrictive ; il en va spécialement ainsi en matière de reconnaissance et d'exécution des jugements étrangers, où sa portée est plus étroite que pour l'application directe du droit étranger ; la reconnaissance constitue la règle, dont il ne faut pas s'écarter sans de bonnes raisons (ATF 135 III 614 consid. 4.2 concernant la prohibition de la constitution de fidéicommiss de famille ; ATF 134 III 661 consid. 4 en matière de partage de la prestation de sortie de la prévoyance professionnelle ; ATF 132 III 389 à propos de l'ordre public suisse réservé par la loi fédérale sur le droit international privé du 18 décembre 1987 - LDIP - RS 291 ; arrêts du Tribunal fédéral 5A_797/2014 du 27 avril 2015 consid. 3.1 ; 5A_68/2013 et 5A_69/2013 du 26 juillet 2013 concernant l'exécution d'une sentence arbitrale étrangère).

c. L'art. L.380-3-1 du code français de la sécurité sociale a la teneur suivante (s'agissant de ses par. I et II ici pertinents) :

« I. - Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L.380-1.

II. - Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des

soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. »

L'art. L.380-1 auquel la disposition précitée fait référence dispose que « toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. Un décret en Conseil d'État précise la condition de résidence mentionnée au présent article. » (sur la constitutionnalité de cette disposition, cf. la décision n° 99-416 DC du Conseil constitutionnel français du 23 juillet 1999, JORF du 28 juillet 1999, p. 11250).

d. Dans une décision n° 2015-460 QPC du 26 mars 2015 (JORF n° 0075 du 29 mars 2015, p. 5775 texte n° 78), le Conseil constitutionnel français a jugé les dispositions précitées de la L.380-3-1 conformes au droit. Il n'a vu dans ces dernières ni atteinte à la liberté contractuelle, ni atteinte aux principes d'égalité devant la loi et les charges publiques, et il a ajouté qu'elles ne méconnaissaient aucun droit ou liberté garantis par la Constitution française.

d/aa. En particulier – s'agissant de l'obligation de résilier des contrats d'assurance-maladie privés dans laquelle se trouvaient le cas échéant, à l'échéance de la période transitoire, les résidents français travaillant en Suisse, qui avaient fait le choix de ne pas être affiliés au régime suisse d'assurance maladie antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi –, ladite juridiction a estimé (ch. 19) que « l'atteinte portée aux conventions légalement conclues par (lesdits) résidents (... était) justifiée par le motif d'intérêt général qui s'attach(ait) à la mutualisation des risques dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe de solidarité nationale. » Le grief tiré d'une atteinte à la liberté contractuelle devait donc être rejeté.

Cela vaut a fortiori lorsque, comme en l'espèce, le frontalier a conclu un contrat d'assurance-maladie privé après la période transitoire fixée par le droit français, de façon concomitante avec le début de l'exercice de son activité lucrative en Suisse.

d/bb. Par ailleurs, concernant le grief d'inégalité de traitement, le Conseil constitutionnel a relevé (ch. 19 et 21) qu'en « instituant, à l'article L.380-1 du code de la sécurité sociale, une affiliation obligatoire au régime général d'assurance maladie pour les résidents français qui (n'étaient) affiliés à aucun autre titre à un régime d'assurance maladie, le législateur (avait) entendu assurer, par la voie de la couverture maladie universelle, une protection contre le risque de maladie à l'ensemble des résidents français », et que « les dispositions du paragraphe I de

l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale prévo(ya)ient une affiliation obligatoire au régime général, dans les conditions fixées par l'article L.380-1 pour la couverture maladie universelle, des résidents français travaillant en Suisse qui (avaient) été exemptés, à leur demande, de l'affiliation au régime suisse d'assurance maladie. » Il a jugé que « la différence de traitement qui en résult(ait) entre ces personnes dont l'affiliation (était) établie sur un critère de résidence et les personnes affiliées au régime général d'assurance maladie au titre de leur activité (était) en rapport avec l'objectif poursuivi par le législateur, et que, par suite, le grief tiré d'une atteinte au principe d'égalité devant la loi (devait) être rejeté. »

e. Il n'y a à l'évidence aucune atteinte à l'ordre public suisse dans l'obligation qu'impose l'art. L.380-3-1 du code français de la sécurité sociale aux résidents français travaillant en Suisse de se soumettre au régime français de la CMU, à l'exclusion d'une couverture par le biais d'un contrat d'assurance-maladie privé, s'ils n'entendent pas être affiliés au régime suisse de la LAMal. Les autorités suisses – en particulier l'intimé et la chambre de céans – ne sauraient donc refuser de la prendre en compte, autrement dit ne sauraient exempter de tels résidents n'étant pas assurés auprès de la CMU française de l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie suisse.

8. a. Au demeurant, comme le relève l'intimé, il est conforme à l'ALCP de s'en tenir, comme alternative au régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse, à l'assurance-maladie qui est le cas échéant obligatoire dans l'État de résidence, soit, pour des résidents français travaillant en Suisse, au régime français de la CMU.

La référence à une assurance obligatoire dans l'État de résidence que fait le ch. 5 de l'annexe II à l'ALCP (ad Suisse), renvoyant au ch. 3 let. b de ladite annexe, en constitue un indice (cf. aussi annexe XI au règlement n° 883/2004, ad Suisse, ch. 3 let. b et ch. 5).

Il résulte par ailleurs de l'art. 4 du règlement n° 883/2004 que, de façon plus générale, la législation des États membres est déterminante, logiquement dans leur diversité. Ainsi, pour un frontalier exerçant son droit d'option, c'est la législation de son État de résidence qui est déterminante, comportant ou ne comportant pas plusieurs possibilités de s'assurer contre le risque « maladie ». En l'occurrence, l'exercice du droit d'option est indissociable de celui du régime français de l'assurance obligatoire auprès de la CMU.

b. Le principe de l'égalité de traitement que consacre cet art. 4 ne saurait se comprendre comme fondant un droit à être traité par un État membre (p. ex. celui du lieu de travail) comme le sont par celui-ci tous les ressortissants venant des différents autres États membres, sans égard à la législation de leur État de résidence respectif.

Aussi la comparaison que fait la recourante entre un frontalier travaillant en Suisse résidant en Allemagne et un tel frontalier résidant en France n'est-elle pas pertinente. Si, contrairement à la France, l'Allemagne offrait l'alternative, en cas

d'exercice du droit d'option, entre une assurance-maladie publique et une assurance-maladie privée, il n'y aurait pas d'inégalité de traitement à refuser une exemption à l'affiliation au régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire à un frontalier résidant en France mais à l'accorder à un frontalier résidant en Allemagne, alors que tous deux se seraient assurés contre le risque « maladie » auprès d'un assureur privé (ayant son siège le cas échéant dans un État tiers). Et si le frontalier résidant en Allemagne déménageait en France tout en restant frontalier en Suisse, il y aurait matière à réviser sa situation.

La Suisse doit en revanche, dans l'application de sa propre législation, ne pas discriminer les ressortissants d'autres États membres, autrement dit les traiter à l'égal de ses propres ressortissants. Ainsi, elle ne pourrait contraindre des frontaliers travaillant chez elle à ne s'assurer contre le risque « maladie » qu'auprès d'une caisse d'assurance publique si elle en avait institué une alors qu'elle permettrait à ses propres ressortissants de préférer s'assurer auprès d'assureurs privés. Tel n'est cependant pas le cas, ni de la législation suisse sur l'assurance-maladie, ni des données factuelles du cas d'espèce, dans lequel l'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse est refusée à la recourante pour le motif que cette dernière n'est pas assurée dans son État de résidence conformément aux exigences de ce dernier.

9. Il n'est pas allégué que l'assurance-maladie privée souscrite par la recourante auprès d'une société anglaise répond aux exigences du droit français. Il apparaît au contraire que tel n'est pas le cas, même si le dossier ne comporte pas de visa de la CPAM du lieu de résidence de la recourante.

Aussi l'intimé était-il tenu de refuser d'exempter la recourante du régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire en sa qualité de frontalière résidant en France, quand bien même l'assurance privée qu'elle a souscrite la couvrirait en Suisse.

Le refus d'exemption litigieux n'est donc pas justifié uniquement en considération d'un refus de collaborer de la part de la recourante (consid. 6), mais aussi sur le fond, au regard des dispositions conventionnelles et nationales applicables.

Le recours sera rejeté en tant qu'il est dirigé contre ce refus d'exemption (cause A/1560/2015).

10. a. Selon l'art. 6 al. 2 et – visant spécifiquement les assurés résidant dans un État membre notamment de la Communauté européenne – l'art. 6a al. 3 phr. 1 LAMal, l'autorité désignée par le canton – soit le SAM, dans le canton de Genève (art. 5 LaLAMal) – affine d'office les personnes qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile (le cas des rentiers visé par l'art. 18 al. 2^{bis} et 2^{ter} que réserve l'art. 6a al. 3 phr. 3 LAMal n'étant pas pertinent dans la présente affaire). L'art. 6 al. 1 phr. 1 LaLAMal précise que les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux art. 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office.

b. Il n'est pas contestable que, dès lors que l'exemption d'être affiliée au régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire était refusée à la recourante et que cette dernière refusait de s'affilier à une assurance-maladie suisse, l'intimé devait prononcer son affiliation d'office à une telle assurance.

C'est ce que l'intimé a fait par sa décision du 8 janvier 2015, confirmée sur opposition par sa décision le 7 avril 2015, qui se substitue à celle-ci et constitue l'objet du recours A/1561/2015.

Les modalités de cette décision attaquée ne sont pas contestées et n'apparaissent pas contestables.

Cette décision est bien fondée. Aussi le recours sera-t-il également rejeté en tant qu'il est dirigé contre cette décision d'affiliation d'office (cause A/1561/2015).

11. La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

La recourante n'obtenant pas gain de cause, il ne lui sera pas alloué d'indemnité de procédure.

* * * * *

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

Statuant

Préalablement :

1. Ordonne la jonction des causes A/1560/2015 et A/1561/2015 sous le numéro de cause A/1560/2015.

À la forme :

2. Déclare les deux recours recevables.

Au fond :

3. Les rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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