

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2648/2016

ATAS/387/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 mai 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intéressée), née en 1972, et Monsieur B\_\_\_\_\_ (ci-après : son partenaire), né en 1975, tous deux de nationalité suisse, ont fait reconnaître leur vie commune et leur statut de couple par une déclaration de partenariat faite conjointement le 14 septembre 2007 à la Chancellerie d'État de la République et canton de Genève.

L'intéressée n'exerce plus d'activité lucrative en Suisse depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2007 et son partenaire, fonctionnaire international, travaille pour le FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (United Nations of International Children's Emergency Fund - UNICEF). De ce fait, il bénéficie d'une couverture d'assurance-maladie et accident selon les règles établies par l'Organisation des nations unies (ONU).

2. Le 22 janvier 2016, l'intéressée a demandé au Service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) à être exonérée de l'assurance-maladie suisse. Elle a fait valoir que cet assujettissement était synonyme d'une double charge et d'une dégradation par rapport à la couverture d'assurance onusienne dont elle bénéficiait par le biais de son partenaire.

À l'appui de sa demande, l'intéressée a produit un « certificat de famille » délivré le 4 février 2016 par l'ONU, valable jusqu'au 31 décembre 2017, attestant que « le porteur de la présente attestation de parenté [soit l'assurée] est un membre de la famille d'un fonctionnaire des Nations Unies ».

Elle a également transmis au SAM une attestation de couverture délivrée le 21 janvier 2016 par CIGNA INTERNATIONAL HEALTH SERVICES BVBA (ci-après : Cigna), caisse-maladie sise à Anvers (Belgique), déclarant que les Nations Unies ont mis en place un régime médical pour son personnel et ses personnes à charge. Il ressort en outre de ce certificat que l'intéressée « est couverte en tant que personne à charge de [son partenaire], membre du personnel de [l'ONU] » et que « ce régime prévoit le remboursement de frais médicaux raisonnables et coutumiers encourus par [elle] à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse, jusqu'au maximum de USD 250'000.- par personne par année. Les traitements et services médicaux sont couverts dans le monde entier (y compris la Suisse) par le plan médical et sont assujettis aux taux de remboursement, exclusions et restrictions du régime mentionné ci-dessus ». Il est par ailleurs précisé que « la police répond aux exigences de l'Union européenne concernant l'assurance voyage adéquate et valide, à titre individuel ou collectif, couvrant les éventuels frais de rapatriement pour raison médicale, de soins médicaux d'urgence et/ou de soins hospitaliers d'urgence, valable pendant toute la durée d'un séjour dans l'espace Schengen. La couverture est valable lors d'un déplacement privé ».

3. Par décision du 10 mai 2016, le SAM a refusé de dispenser l'intéressée de l'assujettissement à l'assurance-maladie suisse, motif pris que son partenaire n'était pas domicilié en Suisse et que, par conséquent, le couple ne faisait pas ménage commun.

4. Par courrier du 23 mai 2016, l'intéressée s'est opposée à cette décision.

Son partenaire était actuellement en poste à Haïti mais le « système des Nations Unies » ne lui donnait pas le droit de s'y installer, étant donné qu'il s'agissait « d'une base sans famille ». Les Nations Unies la prenaient donc en charge au lieu de résidence de son choix, particulièrement à son lieu de résidence habituel, Genève dans son cas.

L'assurance-maladie offerte par les Nations Unies la couvrait en Suisse - via Cigna - à un niveau bien supérieur que l'assurance-maladie suisse, laquelle constituait donc pour elle une double charge.

De plus, l'adhésion à l'assurance-maladie suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance et de la couverture des frais. Étant donné qu'elle était âgée de plus de 40 ans, l'éventuelle souscription d'une assurance complémentaire suisse, offrant les mêmes prestations que Cigna, ne pourrait se faire qu'à des conditions difficilement acceptables.

L'intéressée soulignait par ailleurs que la couverture Cigna était valable « comme couverture en privé (semi-privé) » et couverture accident dans tous les pays du monde.

Enfin, la décision du 10 mai 2016 consacrait selon elle une discrimination fondée sur la nationalité, puisque le SAM mentionnait sa nationalité suisse au lieu de mettre l'accent sur son statut de partenaire officielle d'un fonctionnaire des Nations Unies.

5. Par décision du 18 juillet 2016, le SAM a rejeté l'opposition.

Le SAM a considéré que si la législation suisse permet certes d'excepter certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités - ainsi que celles autorisées à accompagner lesdits bénéficiaires de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie, l'intéressée ne pouvait bénéficier d'une telle exemption. En effet, elle n'est pas mariée, ne fait pas ménage commun avec son partenaire et, *de facto*, ne l'accompagne pas. Or, cet accompagnement est une condition nécessaire pour pouvoir bénéficier d'une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse.

Étant donné que l'intéressée est domiciliée en Suisse et que son partenaire est en mission en Haïti pour le moment, le fait, pour ce dernier, d'être employé par une organisation internationale en Suisse n'est pas pertinent.

Pour le reste, le SAM a contesté la moindre discrimination en raison de la nationalité suisse, expliquant qu'il s'agissait là d'une précision factuelle, non pertinente pour la solution du cas.

En conclusion, le SAM a confirmé et maintenu sa décision de refus de dispense du 10 mai 2016, précisant « à toutes fins utiles » qu'il confirmait et maintenait également sa décision d'affiliation d'office du 26 janvier 2015.

6. Le 8 août 2016, l'intéressée a interjeté recours contre la décision du 18 juillet 2016 en concluant en substance à son annulation et à ce qu'il soit constaté qu'elle remplit les conditions d'une dispense d'assujettissement à l'assurance-maladie suisse.

Sur le fond, la recourante soutient qu'en vertu du principe de la proportionnalité l'autorité doit se limiter à vérifier qu'un administré est autorisé à accompagner son partenaire au bénéfice du statut de fonctionnaire international. Tel est son cas.

Le fait de subordonner l'exemption d'assujettissement à l'assurance-maladie suisse à un accompagnement effectif impliquerait la mise en œuvre d'une procédure de contrôle pour chaque mission du partenaire, ce qui est « trop compliqué et [...] disproportionné » par rapport au but poursuivi par la loi, qui est notamment l'octroi de privilèges aux personnes accompagnant les fonctionnaires internationaux.

Par ailleurs, la recourante souligne que le fait qu'elle soit de nationalité suisse n'est pas pertinent pour la solution du litige.

Elle ajoute que, pour une personne âgée de 44 ans, l'éventuelle souscription d'une assurance complémentaire suisse, offrant les mêmes prestations que Cigna, ne pourrait se faire qu'à des conditions difficilement acceptables et vraisemblablement seulement au prix de réserves.

7. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 septembre 2016, a conclu au rejet du recours.

Il relève que, selon les données de l'Office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCP), la recourante est domiciliée à Genève depuis le 15 septembre 1994 ; son partenaire n'y habite plus depuis le 31 août 2016.

Selon l'intimé, la recourante ne rentre pas dans la catégorie des personnes exemptées de l'obligation de s'assurer puisqu'elle ne fait pas ménage avec son partenaire et, *de facto*, ne l'accompagne pas, ce qui est une condition nécessaire pour bénéficier de l'exemption litigieuse.

Pour le surplus, la recourante n'allègue aucun problème de santé (maladie de longue durée et/ou maladie chronique) et son âge ne fait pas obstacle à la conclusion d'une assurance complémentaire de la même étendue que son assurance étrangère.

8. Par réplique du 9 novembre 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle précise qu'elle n'exerce plus d'activité professionnelle en Suisse depuis septembre 2007.

Elle souligne avoir déposé sa demande d'exemption non pas en janvier 2016 mais en septembre 2007.

Enfin, elle indique que, selon les missions de son partenaire, certains pays sont « non family duty station » - comme Haïti -, ce qui explique qu'elle ne puisse faire ménage commun avec lui. Dans ce cas, l'organisation prend en charge son établissement ailleurs.

9. Le 29 novembre 2016, l'intimé a indiqué n'avoir pas de remarques complémentaires à formuler.

### **EN DROIT**

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 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. Il s'agit en premier lieu d'examiner la recevabilité du recours.

a/aa. La recourante indique avoir demandé à être exemptée de l'assujettissement à l'assurance-maladie pour l'assurance obligatoire des soins en 2007 déjà. Après avoir refusé d'accéder à sa requête, l'intimé lui a adressé un courrier en date du 22 février 2008, intitulé « refus de dispense maintenu », n'indiquant pas les voies de recours. Elle reproche à l'intimé d'avoir attendu le 18 juillet 2016 pour rendre une décision sur opposition mentionnant les voies de recours, suite à une nouvelle demande formée le 22 janvier 2016.

a/bb. D'après un principe général du droit, déduit de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) protégeant la bonne foi du citoyen, le défaut d'indication ou l'indication incomplète ou inexacte des voies de droit ne doit en principe entraîner aucun préjudice pour les parties (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2 ; ATF 117 Ia 297 consid. 2 et les arrêts cités). Ce

principe comporte toutefois une réserve : l'art. 5 al. 3 in fine Cst. impose au citoyen d'agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2). Ainsi, lorsque l'indication des voies de droit fait défaut, on attend du justiciable qu'il fasse preuve de diligence en recherchant lui-même les informations nécessaires. Le destinataire d'une décision administrative, reconnaissable comme telle, mais ne contenant pas la mention des voies et des délais de recours, doit entreprendre dans un délai raisonnable les démarches voulues pour sauvegarder ses droits, notamment se renseigner auprès d'un avocat ou de l'autorité qui a statué sur les moyens d'attaquer cette décision et, après avoir obtenu les renseignements nécessaires, agir en temps utile. En effet, le justiciable ne saurait se prévaloir indéfiniment de la négligence de l'administration relative à l'indication des voies et délais de recours. Il n'est en effet pas compatible avec les principes de la confiance et de la sécurité du droit qu'un prononcé puisse être remis en question à tout moment. Passé un délai raisonnable, à déterminer suivant les circonstances concrètes du cas, le recourant n'est plus admis à s'en prévaloir (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_857/2012 du 5 mars 2013, consid. 3.2 et les références citées).

b. En l'espèce, il est vrai que la recourante produit, devant la Chambre de céans, des extraits d'un précédent échange épistolaire avec l'intimé, remontant aux années 2007-2008, et qu'il ne ressort pas du courrier du 22 février 2008, intitulé « refus de dispense maintenu » qu'il s'agirait formellement d'une décision sur opposition. Ce courrier n'indique pas non plus de voies de recours. Quoi qu'il en soit, il ne ressort pas non plus des explications fournies par la recourante qu'à la suite de cet envoi remontant à plus de neuf ans, elle aurait entrepris des démarches tendant à la sauvegarde de ses droits. En conséquence, le moyen tiré de la violation de l'art. 9 Cst. doit être rejeté.

En outre, dans la mesure où la décision d'affiliation d'office ne remonte qu'au 26 janvier 2015, il n'existe pas non plus d'intérêt actuel à recourir contre la décision du 22 février 2008. Partant, le recours est irrecevable en tant qu'il concerne cette dernière.

Il en va autrement de la décision sur opposition du 18 juillet 2016, contre laquelle la recourante a interjeté recours dans les forme et délai prévus par la loi.

4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de dispenser la recourante de l'obligation d'être affiliée à l'assurance-maladie pour l'assurance obligatoire des soins.
5. a. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'art. 1 al. 1 OAMal précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation

---

de séjour au sens des art. 32 et 33 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal).

b. Selon 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 de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte (LEH - RS 192.12). En application de l'art. 3 al. 2 LAMal, les art. 2 et 6 OAMal énumèrent les cas d'exemption de l'obligation de s'assurer.

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 129 V 78 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 25/05 du 29 mars 2006 consid. 8.3).

b/aa. Aux termes de 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 LEH, 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. 2 al. 1 LEH, la Confédération peut accorder des privilèges, des immunités et des facilités à divers bénéficiaires institutionnels. En font notamment partie les organisations intergouvernementales (Organisation des Nations Unies [ONU], Association européenne de libre-échange [AELE], Organisation mondiale du commerce [OMC], etc.), les institutions internationales, les organisations internationales quasi gouvernementales, les missions diplomatiques ou d'autres organismes internationaux (cf. FF 2006 p. 7603 ss).

À teneur de l'art. 2 al. 2 LEH, la Confédération peut accorder des privilèges, des immunités et des facilités aux personnes physiques (personnes bénéficiaires) suivantes : les personnes appelées, à titre permanent ou non, en qualité officielle auprès de l'un des bénéficiaires institutionnels mentionnés à l'al. 1 (let. a) ainsi que les personnes autorisées à accompagner les personnes bénéficiaires (let. c).

Sous la note marginale « personnes autorisées à accompagner », l'art. 20 al. 1 OLEH précise que lesdites personnes bénéficient des mêmes privilèges, immunités et facilités que le titulaire principal qu'elles accompagnent lorsqu'elles font ménage commun avec lui. Parmi celles-ci figure notamment le conjoint du titulaire principal (let. a) ou encore son concubin (personnes non mariées au sens du droit suisse, de sexe opposé), lorsque ce dernier est considéré comme un partenaire officiel ou une personne à charge par le bénéficiaire institutionnel concerné (let. c).

b/bb. Les personnes accompagnantes sont en particulier, comme le veut la pratique généralement suivie par les Etats hôtes, les conjoints et compagnons, les ascendants à charge faisant ménage commun avec la personne appelée en qualité officielle, les enfants et d'autres personnes à charge. La justification des privilèges, immunités et facilités accordées aux personnes appelées en qualité officielle auprès d'un bénéficiaire institutionnel vaut également pour les personnes faisant partie de leur ménage : il s'agit d'éviter toute possibilité d'ingérence de l'Etat hôte dans le

fonctionnement du bénéficiaire institutionnel concerné. Dès lors, la personne accompagnante se verra accorder en principe le même statut que la personne appelée en qualité officielle qu'elle accompagne, conformément à la pratique internationale (cf. Message du Conseil fédéral du 13 septembre 2006 relatif à la LEH ; FF 2006 p. 7629-7630).

b/cc. En vertu des accords de siège qui le lient à la Confédération, l'organisme international n'est pas soumis, en tant qu'employeur, aux assurances sociales suisses (AVS/AI/APG/AC, prévoyance professionnelle et assurance-maladie). Les fonctionnaires qui n'ont pas la nationalité suisse ne sont pas soumis à la législation AVS/AI/APG/AC et prévoyance professionnelle. Les accords de siège que la Suisse conclut exemptent les fonctionnaires internationaux - quelle que soit leur nationalité - de l'assurance-accidents obligatoire suisse seulement si l'organisation leur accorde une protection équivalente contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles. Les fonctionnaires internationaux ne sont en outre pas soumis à la législation suisse sur l'assurance-maladie obligatoire (FF 2006 p. 7633).

c. En l'espèce, il est établi que la recourante et son partenaire sont affiliés auprès de Cigna, assureur basé en Belgique, la première en tant que « personne à charge » du second, celui-ci en qualité de membre du personnel des Nations Unies par le biais de l'UNICEF. La recourante est ainsi au bénéfice d'un régime prévoyant le remboursement de « frais médicaux raisonnables et coutumiers » à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse, jusqu'au maximum de USD 250'000.- par année, dans le monde entier.

Il ressort également des données du registre informatisé de l'OCP que la recourante est domiciliée dans le canton de Genève de manière ininterrompue depuis 1994. Quant à son partenaire, il a quitté officiellement Genève le 31 août 2006 pour Grono (canton des Grisons).

Enfin, il est constant que le partenaire de la recourante est actuellement en poste à Haïti et que cette dernière ne fait pas ménage commun avec lui.

La recourante soutient que l'intimé a fondé sa décision sur l'ATF 129 V 159, sans tenir compte du fait qu'à l'époque de cet arrêt (18 février 2003), l'art. 6 al. 1 OAMal avait une teneur différente. Elle fait valoir en substance que, depuis la modification de cette disposition le 7 décembre 2007, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la dispense de s'assurer à l'assurance obligatoire des soins aurait été élargie à un cercle de bénéficiaires plus large que les seuls membres de la famille de personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international (fonctionnaires internationaux, membres des missions diplomatiques, missions permanentes et postes consulaires en Suisse).

Cette objection se révèle dénuée de pertinence. En effet, il n'est pas contesté que la recourante est une personne autorisée à accompagner son partenaire, conformément aux art. 2 al. 2 let. c LEH et 20 al. 1 let. c OLEH. Toutefois, selon le texte clair de

---

cette dernière disposition, le statut de « partenaire officiel » ou de « personne à charge » ne dispense pas celui/celle qui en bénéficie de faire ménage commun avec le titulaire principal si il/elle entend bénéficier des mêmes privilèges, immunités et facilités que lui. Or, cette condition n'est clairement pas réalisée dès lors que la recourante réside à Genève et que son partenaire est en poste à Haïti. Partant, l'intéressée n'est pas, *de facto*, une personne accompagnante (cf. consid. 5b/bb).

En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a refusé de la dispenser de l'obligation d'être affiliée à l'assurance-maladie pour l'assurance obligatoire des soins.

6. a. Reste à déterminer dans quelle mesure l'assujettissement à cette assurance signifierait une double charge et/ou engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais.

Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral a prévu une série d'hypothèses dans lesquelles certaines catégories de personnes sont exceptées sur requête de l'obligation de s'assurer (art. 2 al. 2 à 8 OAMal).

a/aa. Selon l'art. 2 al. 2 OAMal, sont exceptées sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un État avec lequel il n'existe pas de réglementation sur la délimitation de l'obligation de s'assurer, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires.

Dans un arrêt du 18 février 2003, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'une double charge au sens de l'art. 2 al. 2 OAMal pour le fils - domicilié en Suisse - d'un employé d'une organisation internationale - domicilié à l'étranger. En premier lieu, les pièces produites ne démontraient pas le caractère obligatoire, non seulement pour l'intéressé, mais aussi pour son père, en tant que fonctionnaire international, de s'assurer contre la maladie selon le droit étranger. En effet, les statuts de l'organisation internationale du père se bornaient à préciser que les risques de maladie et d'accident étaient couverts. En second lieu, l'existence d'une double charge n'était pas non plus démontrée dans la mesure où il s'agissait d'une assurance de famille qui était financée à raison d'un tiers par le fonctionnaire tandis que son épouse et son fils n'étaient pas mis à contribution (ATF 129 V 159 consid. 3.3 ; cf. Gebhard EUGSTER in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, p. 424 n. 51 et les références citées).

a/bb. À teneur de 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 LCA (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'âge critique pour la conclusion d'une assurance complémentaire couvrant les soins stationnaires se situe à 55 ans (Gebhard EUGSTER in Erwin MURER/ Hans-Ulrich STAUFFER [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, n. 12 ad art. 3 LAMal).

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 Zurich KV.2007.00043 du 30 août 2008 consid. 4.3.3, cité in EUGSTER, *op. cit.*, n. 12 ad art. 3 LAMal).

b. En l'occurrence, la recourante fait valoir que son assujettissement à la LAMal impliquerait une double charge, que Cigna lui offre une couverture plus étendue que celle de l'assurance obligatoire des soins et qu'à son âge, il est souvent impossible de conclure un contrat d'assurance complémentaire sans réserve.

Sous l'angle de l'art. 2 al. 2 OAMal, la Chambre de céans constate qu'il ne ressort pas des pièces produites que la couverture offerte par Cigna serait obligatoire pour la recourante elle-même.

Il ne ressort pas non plus des éléments versés au dossier qu'elle participerait - par des cotisations à sa propre charge - au financement de Cigna. Partant, les conditions

relatives au caractère obligatoire de l'assurance étrangère, respectivement à l'existence d'une double charge ne sont - a priori - pas réalisées.

S'agissant de l'art. 2 al. 8 OAMal, il appert que la recourante se contente d'établir, en termes très généraux, une comparaison de l'étendue des prestations assurées, qui plus est, sans avancer de données chiffrées sur les différences de primes entre Cigna et l'offre que lui aurait adressée un assureur complémentaire suisse proposant une couverture équivalente. On ignore a fortiori si l'âge et/ou l'état de santé de l'intéressée l'empêchent de conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue que Cigna, pas plus qu'on ne sait si ces mêmes facteurs ne permettent de le faire qu'à des conditions difficilement acceptables.

c/aa. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

c/bb. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

d. Dans le cas concret, il apparaît que la décision du 10 mai 2016 et celle du 18 juillet 2016 examinent l'assujettissement de la recourante à l'assurance-maladie suisse uniquement sous l'angle de l'exception consacrée par l'art. 6 al. 1 OAMal mais qu'elles restent totalement muettes au sujet d'une éventuelle dispense au sens des art. 2 al. 2 et 2 al. 8 OAMal. Bien que ces dispositions ne soient pas citées nommément dans la demande d'exonération du 22 janvier 2016, la recourante y invoque cependant clairement non seulement l'existence d'une double charge, mais aussi une « dégradation de [sa] couverture par rapport aux prestations offertes par Cigna » tout en produisant une attestation écrite de cet assureur.

Dans ces circonstances, il incombait en premier lieu à l'intimé d'instruire ces aspects du dossier puis d'étendre la décision du 10 mai 2016, cas échéant celle du

18 juillet 2016, aux dispenses d'assujettissement prévues par les art. 2 al. 2 et 2 al. 8 OAMal.

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Cela fait, il lui incombera de rendre une nouvelle décision, suivie, cas échéant, d'une décision sur opposition.

En revanche, la recourante ne remplit manifestement pas les conditions d'une dispense de l'obligation de s'assurer du point de vue de l'art. 6 al. 1 OAMal (cf. consid. 5). Aussi le recours doit-il être rejeté sur ce point.

7. N'étant pas représentée, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare irrecevable le recours en tant qu'il se rapporte à la décision du 22 février 2008.
2. Le déclare recevable dans la mesure où il a pour objet la décision du 18 juillet 2016.

**Au fond :**

3. L'admet partiellement au sens des considérants dans la mesure de sa recevabilité.
4. Renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur les art. 2 al. 2 et 2 al. 8 OAMal.
5. Rejette le recours pour le surplus.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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