

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3565/2018

ATAS/367/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 24 avril 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à BALLAISON, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah  
PEZARD

recourant

contre

SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE, sis Route de  
Frontenex 62, 1207 Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965, de nationalité française, titulaire d'un permis G, domicilié à Ballaison, France, travaille pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), sise \_\_\_\_\_ chemin C\_\_\_\_\_, 1228 Plan-les-Ouates.
2. Le 17 juin 2002, le Service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM) a envoyé aux travailleurs frontaliers et travailleuses frontalières résidant en Allemagne, en Autriche, en France ou en Italie, une circulaire informant ceux-ci que l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP) prévoyait une obligation d'assurance contre la maladie au lieu de travail mais qu'un droit d'option en faveur d'une assurance dans le pays de résidence était possible, en retournant dans les soixante jours le formulaire annexé ; il était mentionné que le choix de système d'assurance-maladie était irrévocable durant l'activité en Suisse.
3. Le 13 août 2002, le SAM a reçu un formulaire de couverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier ou de la travailleuse frontalière résidant en France, en Allemagne, en Autriche ou en Italie, au nom du recourant, signé le 9 août 2002 (ci-après : le formulaire). Celui-ci mentionne, d'une part, une conjointe, D\_\_\_\_\_ et trois enfants, soit « E\_\_\_\_\_ », F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ et, d'autre part, un droit d'option en faveur de l'assurance du pays de résidence du recourant et des membres de sa famille. Le nom de A\_\_\_\_\_ apposé avant le prénom « E\_\_\_\_\_ » est inscrit sur une bande de tipex.
4. Par courriel du 22 janvier 2018, le SAM a informé l'employeur que Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1950, avait effectué son droit d'option le 1<sup>er</sup> octobre 2002.
5. Par courriel non daté, l'employeur a répondu que son employé était né le 10 août 1965 et requis l'envoi du formulaire car le recourant contestait l'avoir signé.
6. Par courriel du 12 juin 2017, le SAM a informé l'employeur que le recourant avait formellement effectué un choix d'assurance-maladie en complétant le formulaire prévu à cet effet et que ce droit d'option était irrévocable. Il a indiqué lui communiquer le formulaire du droit d'option du recourant.
7. L'employeur a répondu par courriel non daté qu'il devait s'agir d'une erreur de personne.
8. Par courrier du 7 novembre 2017, le recourant a écrit au SAM qu'il avait reçu le 12 juin 2017 le formulaire du droit d'option d'un Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1950 et requis une copie du bon formulaire.
9. Par courrier du 12 décembre 2017, le recourant a envoyé au SAM un rappel.
10. Par courriel du 26 février 2018, le recourant a écrit au SAM qu'il attendait toujours une réponse de sa part et de « recevoir » son droit d'option soi-disant effectué car il n'avait jamais signé un tel document.

11. Par courriel du 5 mars 2018, le recourant a requis du SAM qu'il lui confirme qu'il n'avait pas signé de droit d'option.
12. Par courriel du 21 mars 2018, le recourant a rappelé au SAM sa demande.
13. Par courriel du 22 mars 2018, le SAM a communiqué au recourant copie du formulaire.
14. Par courriel du 23 mars 2018, le recourant a écrit au SAM qu'il constatait des erreurs sur le formulaire, le prénom de sa fille H\_\_\_\_\_ était mal orthographié et la signature n'était pas la sienne ; il contestait ce document et transmettait deux exemples de sa signature.
15. Par courriel du 23 mars 2018, le SAM a invité le recourant à faire opposition.
16. Le 27 mars 2018, le recourant a écrit au SAM qu'il contestait le formulaire du droit d'option qui lui avait été envoyé. Il a joint un formulaire de demande d'établissement d'une carte eurochèque, à son nom, signé le 26 novembre 1990 et un certificat médical en vue du permis de conduire, à son nom, signé par lui-même et par un médecin le 10 septembre 1999.
17. Le 7 mai 2018, le SAM a écrit au recourant que le formulaire indiquait qu'il avait choisi une assurance dans son pays de résidence, que les informations figurant sur le formulaire étaient correctes et que les signatures apposées sur les documents remis n'étaient pas pertinentes car elles étaient à chaque fois différentes et ne se rapportaient pas à la période à laquelle il avait fait usage de son droit d'option.
18. Le 23 mai 2018, le recourant a écrit au SAM qu'il contestait derechef le formulaire ; par ailleurs, son épouse travaillait en France et y était de ce fait assurée, ainsi que ses enfants ; il n'y avait donc pas de sens à les annoncer sur le formulaire ; sa signature était identique dans tous les autres documents fournis et était différente sur le formulaire.
19. Par décision du 28 mai 2018, le SAM a écrit au recourant qu'il ne pouvait donner une suite favorable à sa demande.
20. Le 20 juin 2018, le recourant a contesté avoir signé le formulaire et a communiqué une copie de la carte d'identité de sa fille H\_\_\_\_\_, en rappelant que le prénom de celle-ci était mal orthographié sur le formulaire.
21. Par décision du 7 septembre 2018, le SAM a rejeté l'opposition du recourant, au motif qu'il avait choisi, le 9 août 2002, de rester affilié à l'assurance-maladie française en retournant le formulaire au SAM ; les documents transmis n'étaient pas suffisants pour mettre en cause la signature figurant sur le formulaire ; le 26 juin 2002, une lettre d'information lui avait été envoyée spécifiant l'irrévocabilité du choix ; le fait que le prénom de sa fille était mal orthographié ne permettait pas d'exclure son intention d'inclure les membre de sa famille sans son choix ; les données personnelles figurant sur le formulaire étaient par ailleurs correctes.

22. Le 11 octobre 2018, le recourant, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 7 septembre 2018, en concluant à son annulation et au constat qu'il était soumis à l'obligation d'assurance-maladie en Suisse. Préalablement, il a requis une audience de comparution personnelle, la production par le SAM du formulaire original ainsi que du formulaire concernant Monsieur A\_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_ 1950.

Lorsque son contrat d'assurance-maladie auprès de son assureur-maladie française avait été échu, il avait souhaité s'assurer auprès d'un assureur-maladie Suisse. Les grossières et inexplicables erreurs figurant sur le formulaire ne pouvaient être de son fait. L'écriture et le stylo utilisés pour les noms et informations personnelles, d'une part, la date et la signature, d'autre part, étaient largement différents. Le lieu-dit I\_\_\_\_\_ était mal orthographié, la ligne où était inscrit le nom d'un enfant était réécrite, le prénom de H\_\_\_\_\_ était mal orthographié, son épouse et ses enfants étaient mentionnés alors qu'ils étaient assurés en France. Ce formulaire n'était ainsi pas valable. La signature n'était pas la sienne et même si elle avait évolué, ses éléments typiques n'étaient pas retrouvés. Il n'avait donc ni rempli, ni signé le formulaire. La décision litigieuse était arbitraire.

Il a communiqué, avec sa signature, une copie des documents suivants :

- Un formulaire de demande d'établissement d'une carte eurochèque, du 26 novembre 1990 ;
- Un contrat d'assurance signé avec la LLOYD Continental, du 10 juillet 1998 ;
- Un certificat médical en vue du permis de conduire, du 10 septembre 1999 ;
- Une « déclaration de travaux exemptés de permis de construire ou déclaration de clôture », du 8 janvier 2003 ;
- Un devis de la société J\_\_\_\_\_ Sàrl, de 39'046.06 Euros.
- Un contrat collectif à adhésion facultative n° 1\_\_\_\_\_, assurance santé du Crédit Mutuel, du 2 décembre 2006 ;
- Une déclaration pré-remplie des revenus 2008, du 1<sup>er</sup> juin 2009 ;
- Une copie de sa carte nationale d'identité française, n°\_\_\_\_\_ délivrée le 22 mai 2008 ;
- Une copie de son passeport espagnol.

23. Le 29 novembre 2018, le SAM a conclu au rejet du recours, au motif que le recourant avait connaissance depuis la réception de la lettre d'information du 26 juin 2002, de l'irrévocabilité de son choix d'option ; on ne comprenait pas pourquoi une autre personne que le recourant aurait pu ouvrir la lettre d'information, remplir et signer un formulaire qui ne le concernait pas ; tout au plus, le formulaire aurait pu être rempli par la secrétaire du recourant et signé ensuite par celui-ci. Le formulaire contenait de simples erreurs de frappe qui ne pouvaient, à elles seules, exclure l'intention du recourant de s'affilier à une

---

assurance-maladie française. Il confirmait sa décision sur la question de la validité de la signature du recourant.

24. Le 7 janvier 2019, le recourant a répliqué en relevant qu'en 2002, il travaillait comme chef de chantier et n'avait pas de secrétaire. Il avait été affilié à l'assurance-maladie Suisse jusqu'en 1995, puis à l'assurance-maladie française, afin d'obtenir le remboursement de frais de kinésithérapie. Le formulaire devait être signé et visé pour être valable et permettre l'exemption à une affiliation Suisse, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.
25. Le 7 février 2019, le SAM a dupliqué en relevant que la circulaire et le formulaire avaient bien été envoyés au nom du recourant à l'adresse de son employeur, le 26 juin 2002, comme cela ressortait de la réimpression du journal de bord du système informatique du SAM ; le recourant n'avait jamais auparavant prétendu ne pas avoir reçu la circulaire, dont la teneur correspondait à celle transmise en copie et datée du 17 juin 2002 ; pour les frontaliers ayant exercé leur droit d'option avant 2013, il n'était pas nécessaire de compléter le formulaire par un visa de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM), de sorte que le formulaire signé en 2002 était toujours valable. Le formulaire original de l'homonyme du recourant ne pouvait être communiqué pour des raisons de confidentialité.
26. Le 11 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je travaille en Suisse depuis le 20 août 1984, depuis le début pour l'entreprise B\_\_\_\_\_. J'ai commencé comme ouvrier, puis chef de chantier, et actuellement je suis directeur et actionnaire depuis 7 ans, soit depuis que M. B\_\_\_\_\_ est décédé.

En 1984 j'étais affilié à une caisse maladie en Suisse. Suite à un blocage au dos j'ai suivi des séances de kiné, soit une quinzaine. Lorsque la Caisse a voulu me faire payer deux fois la franchise car j'avais présenté la facture l'année suivante, j'ai résilié mon contrat et je me suis affilié auprès de la Loyd en France, puis le Crédit Mutuel. Actuellement je n'ai plus d'assurance-maladie. J'étais assuré en privé en France, suite au changement de législation qui ne nous permettait plus de rester assuré en privé, mon contrat a été résilié par l'assurance et j'ai fait les démarches pour m'assurer en Suisse. Mon épouse et mes enfants sont restés assurés en France.

Je n'ai jamais eu connaissance du formulaire que le SAM m'aurait envoyé en 2002.

Je ne sais pas si des collègues frontaliers auraient reçu ce même formulaire à l'époque car je n'en n'ai jamais discuté avec eux. Je n'ai pas eu connaissance de l'entrée en vigueur de l'ALCP. Je n'ai appris cela que récemment lorsque j'ai débuté les démarches pour m'affilier en Suisse. Mme K\_\_\_\_\_ est mon associée qui s'occupe de la comptabilité de l'entreprise. Je ne peux pas vous dire si elle travaillait déjà en 2002. L'entreprise comporte une centaine de personnes et je ne peux pas vous dire qui travaillait au secrétariat en 2002. De plus, à l'époque j'étais sur les chantiers.

Je suis formel, je n'ai pas signé le formulaire du 9 août 2002, reçu par le SAM le 13 août 2002.

Je n'ai pas d'explication concernant la personne qui aurait signé et retourné ce formulaire au SAM. Je ne sais pas si une personne était en charge à l'époque dans l'entreprise de s'occuper de ce type de document. Celui-ci comprend d'ailleurs quelques fautes d'orthographe, notamment le prénom de ma fille H\_\_\_\_\_.

Je constate sur le formulaire original du 9 août 2002 que vous me remettez aujourd'hui en consultation qu'apparaît sous le tipex le prénom de ma fille H\_\_\_\_\_. Mon employeur connaissait les noms et prénoms de mes enfants et leur date de naissance dès lors que je percevais des allocations familiales. Il est possible qu'une personne de l'entreprise ait donné tous les éléments et les informations figurant dans le formulaire.

Je répète n'avoir aucun souvenir de ce document et suis formel sur le fait qu'il ne s'agit pas de ma signature. Je précise qu'il ne peut pas s'agir non plus d'un paraphe ou d'un visa.

Je maintiens ma demande d'une expertise graphologique. Je tiens à votre disposition les originaux des documents que je vous ai fournis sur lesquels apparaît ma signature.

Je ne suis plus assuré depuis juin 2015 ».

Madame L\_\_\_\_\_, juriste, représentante de l'intimé a déclaré : « Nous n'avons plus la copie du courrier qui a été envoyé à l'époque à l'employeur du recourant. Cependant, dès lors que le formulaire nous a été retourné, cela implique que ledit courrier a été envoyé à l'employeur. La date du 26 juin 2002 qui apparaît dans le journal correspond à la date d'envoi du courrier et du formulaire. L'historique des adresses est produit pour démontrer à quelle adresse le formulaire a été envoyé à l'époque.

Nous persistons dans notre décision ».

Monsieur M\_\_\_\_\_, chef de secteur, représentant de l'intimé a déclaré : « Je ne sais pas à quoi correspond la date du 21 mai 2002 qui apparaît dans la liste des historiques de l'adresse du recourant. Selon moi il ne s'agit pas d'une date correspondant à un envoi de document. Les envois de formulaire l'ont toujours été à l'adresse de l'employeur pour l'assuré concerné. Il est parfois arrivé que l'employeur ait eu de la peine à transmettre le courrier directement à l'assuré. Nous relevons que la personne qui a traité le formulaire avait accès à des éléments, tels que l'adresse privée, les noms et les dates de naissance de l'épouse et des enfants de l'assuré.

A l'époque les assurés qui optaient pour une affiliation en France devaient nous fournir une attestation d'assurance. Mais ce n'était pas toujours le cas. Je constate que dans le cas du recourant aucune attestation n'a été jointe au formulaire et elle n'a pas été non plus réclamée par le SAM ensuite.

Comme en 2002 il y avait beaucoup de dossier à traiter (nous avons dû contrôler 30'000 frontaliers) il est possible que dans certain [cas] l'attestation n'ait pas été réclamée. Nous n'avons pas d'autre cas du même genre, soit un assuré qui conteste la signature du formulaire.

Je relève qu'à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2016 jusqu'au 30 septembre 2017, les frontaliers qui n'avaient pas formellement exercé leur droit d'option pouvaient demander à être affilié en Suisse. Nous avons eu 30'000 demandes en l'espace d'une année et seules 5 % des demandes ont pu être acceptées. Je constate que la demande du recourant a été formulée durant ce laps de temps. Il ne me paraît pas normal que le recourant n'ait pas été basculé automatiquement en 2015 dans le système de la sécurité sociale française ».

27. À la demande de la chambre de céans, le recourant a communiqué les pièces originales suivantes :
- Un formulaire de demande d'établissement d'une carte eurochèque, du 26 novembre 1990 ;
  - Un contrat d'assurance signé avec la LLOYD Continental, du 10 juillet 1998 ;
  - Un certificat médical en vue du permis de conduire, du 10 septembre 1999 ;
  - Une « déclaration de travaux exemptés de permis de construire ou déclaration de clôture », du 8 janvier 2003;
  - Un contrat collectif à adhésion facultative n° \_\_\_\_\_, assurance santé du Crédit Mutuel, du 2 décembre 2006 ;
  - Un devis de la société J\_\_\_\_\_ Sàrl, de EUR 39'046.06.
28. Le 15 avril 2019, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise graphologique au docteur N\_\_\_\_\_, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
29. Les 16 et 17 avril 2019, respectivement le SAM et le recourant ont indiqué qu'ils n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de question complémentaire à poser.

### **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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

- 
3. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

4. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juin 2014, elles pouvaient aussi, transitoirement, choisir une assurance privée en France (ATAS/58/2015 précité consid. 5b/cc).

5. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juin 2014 (cette restriction figurait d'ailleurs déjà dans la note conjointe de 2008). Une fois ce réaménagement entré en vigueur, les personnes qui (avaient) opté pour une couverture privée, et leurs membres de famille non actifs, basculer(ai)ent dans l'assurance maladie sociale française (CMU). »

Depuis le 1<sup>er</sup> 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.

6. La question de l'exercice du droit d'option a fait l'objet de plusieurs décisions judiciaires depuis janvier 2015. Ces arrêts concernent des personnes n'ayant jamais exercé formellement leur droit d'option.

a. Ainsi, dans un arrêt daté du 29 janvier 2015 (ATAS/58/2015), la chambre de céans a considéré que les dispositions de l'ALCP et des règlements d'application étaient claires et que pour pouvoir exercer son droit d'option, le frontalier devait entreprendre des démarches spécifiques dans un certain délai, ce qui ne laissait aucune place pour un exercice *de facto* du droit d'option.

b. Dans un arrêt 9C\_801/2015 du 10 mars 2015, le Tribunal fédéral est arrivé à la même conclusion dans une procédure concernant un ressortissant allemand, qui demandait à être affilié en Suisse. Notre Cour Suprême avait alors considéré que le droit à être exempté de l'affiliation à une assurance-maladie suisse ne pouvait pas être exercé de manière tacite, par actes concluants, dès lors que le frontalier devait expressément en faire la demande et produire la preuve d'une couverture d'assurance équivalente.

c. Dans un arrêt du 16 novembre 2016 (ATAS/944/2016), la chambre de céans a admis que la recourante n'avait pas exercé son droit d'option faute d'avoir eu connaissance que la reprise d'une activité en Suisse, après une période de chômage en France, ouvrait un nouvel exercice dudit droit, alors que l'autorité cantonale compétente avait un devoir d'information à ce sujet.

d. Enfin, le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) de Mulhouse partage la même conclusion, dans un arrêt du 29 février 2016, partiellement publié sur internet, considérant en outre que « le fait que, pendant plus de 10 ans, les travailleurs frontaliers n'[avaient] pas rempli ce formulaire ne [suffisait] pas à contrer l'interprétation énoncée ci-dessus [ndlr. à savoir que le droit d'option ne pouvait s'exercer tacitement] ; (...) en effet, les citoyens ne [pouvaient] être tenus responsables du comportement des Etats qui ont laissé perdurer une situation de

---

non droit en ce que, d'une part, la France a permis aux travailleurs frontaliers de s'affilier auprès d'une assurance privée alors qu'ils n'avaient pas été exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse et en ce que, d'autre part, la Suisse n'a pas affilié à son assurance maladie les travailleurs frontaliers qui ne lui avaient pas transmis de demande d'exemption dans le délai de trois mois à compter de leur soumission au régime suisse de sécurité sociale ».

7. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci 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 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130I 180 consid. 3.2 p. 183).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 p. 438; 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

8. En l'espèce, l'ALCP et les règlements européens précités sont applicables au recourant, en sa qualité de Français résidant en France et travaillant en Suisse, lequel dispose d'un droit d'option lui permettant d'être dispensé de l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire suisse.

L'intimé estime que le recourant a valablement exercé son droit d'option en retournant le formulaire signé. Pour sa part, le recourant conteste avoir exercé son droit d'option, en relevant que la signature apposée sur le formulaire n'est pas la sienne.

En l'état, la chambre de céans considère qu'il existe un doute quant à l'auteur de la signature figurant sur le formulaire, de sorte qu'il convient d'instruire cette question, par le biais d'une expertise graphologique, laquelle sera confiée au docteur O \_\_\_\_\_, École des sciences criminelles, quartier UNIL-Sorge, 1015 Lausanne.

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

**Statuant**

**Préparatoirement :**

- I. Ordonne une expertise graphologique. La confie au Docteur O\_\_\_\_\_, École des sciences criminelles, quartier UNIL-Sorge, 1015 Lausanne.
  
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  1. a. Analyser les signatures de Monsieur A\_\_\_\_\_ apposées sur les documents suivants :
    1. Le formulaire de demande d'établissement d'une carte eurochèque, du 26 novembre 1990 (pièce 1) ;
    2. Le contrat d'assurance signé avec la LLOYD Continental, du 10 juillet 1998 (pièce 2) ;
    3. Le certificat médical en vue du permis de conduire, du 10 septembre 1999 (pièce 3) ;
    4. La « déclaration de travaux exemptés de permis de construire ou déclaration de clôture », du 8 janvier 2003 (pièce 4) ;
    5. Le contrat collectif à adhésion facultative n° \_\_\_\_\_, assurance santé du Crédit Mutuel, du 2 décembre 2006 (pièce 5) ;
    6. Le devis de la société J\_\_\_\_\_ Sàrl, de 39'046.06 Euros (pièce 6) ;
    7. Le Procès-verbal de comparution personnelle, p. 3, du 11 mars 2019 (pièce 7).
  - b. Dire si, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité supérieure à 50 %), ces signatures proviennent de la même personne.
2. a. Analyser la signature apposée par M. A\_\_\_\_\_ sur sa carte d'identité française.
  - b. Dire si, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité supérieure à 50 %), les signatures figurant sur les pièces visées sous question 1a. proviennent de M. A\_\_\_\_\_.
3. a. Analyser la signature apposée le 9 août 2002 sur le document « couverture d'assurance-maladie du travailleur frontalier ou de la travailleuse frontalière résidant en France, en Allemagne, en Italie ou en Autriche » (pièce 8).
  - b. Dire si, compte tenu de l'ensemble des pièces à disposition et au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité supérieure à 50 %), cette signature a été apposée par M. A\_\_\_\_\_.

- c. Dire si, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité supérieure à 50 %), cette signature est un faux, soit une imitation de la signature de M. A\_\_\_\_\_.
- III. En cas de besoin, requérir de M. A\_\_\_\_\_ d'autres documents comportant sa signature.
- IV. Faire toute autre remarque.
- V. Invite l'expert à déposer d'ici au **21 juin 2019** un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- VI. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le