



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3565/2018

ATAS/942/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 octobre 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, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965, de nationalité française, titulaire d'un permis G, domicilié à B\_\_\_\_\_ C\_\_\_\_\_, Ballaison, France, travaille pour l'entreprise D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur), sise \_\_\_\_\_ chemin E\_\_\_\_\_ 1228 Plan-les-Ouates. Il est père de trois enfants, F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.
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 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, sous la rubrique « données concernant les membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative, résidant en France, en Allemagne, en Italie ou en Autriche » une conjointe, I\_\_\_\_\_ et trois enfants, soit « J\_\_\_\_\_ », G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Il est coché 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 « J\_\_\_\_\_ » est inscrit sur une bande de tipex. L'adresse est mentionnée à deux endroits dans le formulaire, une fois « B\_\_\_\_\_ K\_\_\_\_\_ » et une autre fois « B\_\_\_\_\_ C\_\_\_\_\_ ».
4. 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.
5. 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.
6. Par courrier du 12 décembre 2017, le recourant a envoyé au SAM un rappel.
7. 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.
8. Par courriel non daté, l'employeur a répondu qu'il devait s'agir d'une erreur, son employé étant né le 10 août 1965 et a requis l'envoi du formulaire car le recourant contestait l'avoir signé.

9. 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.
10. 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.
11. Par courriel du 21 mars 2018, le recourant a rappelé au SAM sa demande.
12. Par courriel du 22 mars 2018, le SAM a communiqué au recourant copie du formulaire.
13. 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 F\_\_\_\_\_ était mal orthographié et la signature n'était pas la sienne ; il contestait ce document et transmettait deux exemples de sa signature.
14. Par courriel du 23 mars 2018, le SAM a invité le recourant à faire opposition.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Par décision du 28 mai 2018, le SAM a écrit au recourant qu'il ne pouvait donner une suite favorable à sa demande.
19. 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 F\_\_\_\_\_, en rappelant que le prénom de celle-ci était mal orthographié sur le formulaire.
20. 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.

21. 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 26 juin 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 B\_\_\_\_\_-C\_\_\_\_\_ était mal orthographié (« K\_\_\_\_\_ »), la ligne où était inscrit le nom d'un enfant était réécrite, le prénom de F\_\_\_\_\_ était mal orthographié, son épouse et ses enfants étaient mentionnés alors que son épouse exerçait une activité lucrative et que ses enfants étaient assurés avec elle. 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 L\_\_\_\_\_ Sàrl, de 39'046.06 Euros.
- Un contrat collectif à adhésion facultative n° \_\_\_\_\_, 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.

22. 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.

23. 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.
24. 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.
25. 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 D\_\_\_\_\_. J'ai commencé comme ouvrier, puis chef de chantier, et actuellement je suis directeur et actionnaire depuis 7 ans, soit depuis que M. D\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 personne 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 faute d'orthographe, notamment le prénom de ma fille F\_\_\_\_\_.

Je constate sur le formulaire original du 9 août 2002 que vous me remettez aujourd'hui en consultation qu'apparait sous le tipex le prénom de ma fille F\_\_\_\_\_. 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 maintien ma demande d'une expertise graphologique. Je tiens à votre disposition les originaux des documents que je vous ai fournis sur lesquels apparait ma signature.

Je ne suis plus assuré depuis juin 2015 ».

Madame N\_\_\_\_\_, 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 apparait 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 O\_\_\_\_\_, chef de secteur, représentant de l'intimé a déclaré : « Je ne sais pas à quoi correspond la date du 21 mai 2002 qui apparait 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 ».

26. 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 L\_\_\_\_\_ Sàrl, de EUR 39'046.06.

27. Le 15 avril 2019, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise graphologique au docteur P\_\_\_\_\_, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.

28. 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.

29. Le 17 juin 2019, l'expert a rendu son rapport.

La comparaison des signatures de référence au nom du recourant, entre elles, montrait des discordances graphiques qui s'expliquaient tout à fait si toutes ces signatures étaient issues d'une même personne. Elles provenaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, du recourant.

Il a ensuite établi deux hypothèses. Dans la première hypothèse où le recourant avait signé le formulaire, les discordances entre cette signature (ci-après : la signature indiciaire ou Q1) et les signatures de références à disposition étaient telles que la signature contestée était inhabituelle. L'hypothèse d'une variation accidentelle était peu vraisemblable. Il apparaissait plus vraisemblable que la signature avait été déguisée, modifiée volontairement, par exemple dans le but de la contester ensuite.

Dans la seconde hypothèse où la signature indiciaire était de la main d'une tierce personne, il s'agissait d'une imitation qui ne respectait que la construction et le sens de rotation de deux grandes boucles présentes dans la signature du recourant. Une imitation manifestement différente du modèle de signature était rarement visible. Un faussaire essayait toujours, tant bien que mal, de reproduire au mieux le modèle à disposition.

Dans ces conditions, il était mille fois plus probable que la signature indiciaire soit de la main du recourant plutôt que de la main d'un tiers.

Les résultats soutenaient très fortement la proposition selon laquelle la signature au nom du recourant figurant sur le formulaire était de sa main plutôt que de la main d'une tierce personne. Par très fortement, il entendait que les résultats étaient de l'ordre de mille fois plus probables si la signature au nom du recourant figurant sur le formulaire daté du 9 août 2002 était de sa main, que si elle de la main (sic) d'une tierce personne. En considérant, sans tenir compte de l'expertise, des probabilités de 50%-50% que la signature figurant sur le document daté du 9 août 2002 était ou n'était pas du recourant, alors on obtenait, en tenant compte des résultats de l'expertise : une probabilité de 99,99% que le recourant avait signé cette pièce ; une probabilité de 0,10% que le recourant n'avait pas signé cette pièce.

30. Le 19 juillet 2019, le SAM a observé que selon le rapport d'expertise, la signature figurant sur le formulaire de droit d'option était celle du recourant et a conclu à ce que les frais d'expertise soient mis à la charge du recourant.
31. Le 24 juillet 2019, le recourant a observé que seul le point de vue subjectif de l'expert était à la base de ses conclusions. Selon la constatation de l'expert, il n'avait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, signé le document litigieux, les discordances entre sa signature et celle apposée sur le document étaient très importantes. L'expert aurait dû s'arrêter à ce stade car, en poursuivant son analyse, il sortait du cadre du mandat d'expertise. En effet, il le soupçonnait d'avoir inventé une signature pour la contester ensuite et se positionnait comme un investigateur. Les conclusions de l'expert devaient être écartées. L'expert ignorait des faits essentiels, dès lors qu'il ne connaissait pas le contexte global dans lequel le document litigieux avait pu être rempli et signé. L'expert ne s'était par ailleurs pas déterminé sur le fait de savoir si l'écriture sur le document litigieux était aussi de sa main. Le calcul de probabilité de l'expert était contesté, ce d'autant qu'il accordait une probabilité élevée au fait qu'il aurait pu souhaiter inventer une signature. En résumé, l'expert reconnaissait, après comparaison, que la signature

---

sur le document litigieux n'avait pas été apposée par le recourant dès lors qu'elle ne s'inscrivait pas dans la continuité de ses spécimens de signatures. Suite à ce constat, l'expertise ne pouvait être suivie et était dès lors formellement contestée sachant qu'elle sortait du cadre posé par le mandat dans la mesure où s'était posée la question de savoir si le recourant avait imité une autre signature, ou encore si une autre personne avait pu signer le document litigieux, ou encore s'il avait imité une autre signature. Ce qui avait eu pour conséquence d'annihiler toute possibilité pour lui-même d'exercer ses droits en amont de l'expertise. L'expertise devait au surplus, en tant encore que de besoin, également être relativisée, dans la mesure où elle reflétait l'opinion subjective de l'expert qui, par définition, était influencé par les impressions qu'il s'était faites à la lumière d'un dossier lacunaire et d'une analyse incomplète du document.

32. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. En vertu de l'art. 58 al. 2 la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA et relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

b. En l'espèce, le recourant, actuellement domicilié en France, est employée par une entreprise sise à Genève. Par ailleurs, la contestation porte sur une question relative à la LAMal. La chambre de céans est par conséquent compétente *ratione loci* et *materiae* pour juger du cas d'espèce.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA p.a. ; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 – LaLAMal ; RSG J 3 05 ; art. 89B et 89C let. a de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à pouvoir s'affilier auprès d'un assureur-maladie en Suisse et singulièrement sur l'exercice de son droit d'option au sens de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681).

- 
4. a. L'ALCP, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, est notamment applicable aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et de la Suisse. Il prévoit, à son art. 8, que les parties règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment l'égalité de traitement (let. a) et la détermination de la législation applicable (let. b).

Selon l'art. 1<sup>er</sup> par. 1 de l'annexe II de l'ALCP - intitulée « Coordination des systèmes de sécurité sociale », fondée sur l'art. 8 ALCP précité et faisant partie intégrante de celui-ci (art. 15 ALCP), les parties contractantes conviennent d'appliquer entre elles, dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, les actes juridiques de l'Union européenne auxquels il est fait référence dans la section A. Ainsi, selon la section A ch. 1 de cette annexe, les parties contractantes appliquent notamment entre elles le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après : règlement n° 1408/71), ainsi que le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 précité.

b. Une décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II à l'ALCP avec effet, pour la Suisse, au 1<sup>er</sup> avril 2012, en prévoyant, en particulier, que les Parties appliquent désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (ci-après : règlement n° 883/2004). L'annexe II de l'ALCP, modifiée dans ce sens, fait désormais référence au règlement n° 883/2004 en lieu et place du règlement n° 1408/71.

c. Selon la jurisprudence constante, doivent être prises en compte les modifications de l'état de fait ou de droit survenues jusqu'au prononcé de la décision administrative (ATF 128 V 315 consid. 1).

5. a. Aux termes de l'art. 13 par. 1 du règlement n° 1408/71, sous réserve des art. 14<sup>quater</sup> et 14<sup>septies</sup>, les personnes auxquelles le règlement est applicable sont soumises à la législation d'un seul Etat membre, déterminée selon les art. 13 à 17<sup>bis</sup> (principe de l'unicité de la législation). Ainsi, conformément à l'art. 13 par. 2 let. a) du règlement n° 1408/71, le travailleur salarié est en principe soumis à la législation de son Etat d'occupation salariée, même s'il réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre Etat membre. En d'autres termes, le travailleur frontalier est soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*) : l'Etat compétent est l'Etat d'emploi (art. 13 par. 2 let. a du Règlement 1408/71; ATF 133 V 339 consid. 4.3.1 ; ATF 133 V 137 consid. 6.1).

b. Le principe de la *lex loci laboris* peut cependant être assorti d'exceptions. Ainsi, en application de l'art. 89 du règlement 1408/71, l'annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres.

Ainsi, selon l'annexe VI, les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire de soins en tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas, la Finlande. La demande d'exemption doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ; lorsque dans les cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire (section A par. 1 let. o point 3 b de l'annexe II de l'ALCP, dans sa version en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2006).

Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 339 consid. 4.3.2 *in fine*).

c. Selon la teneur initiale de l'annexe II de l'ALCP, le frontalier français travaillant en Suisse et les membres de sa famille ne disposaient pas du droit d'option (voir notamment KESSLER / LHERNOULD, Code annoté européen de la sécurité sociale, 2010, p. 345 ; KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes suisse-CE et le droit des assurances sociales, in SJ 2001 II 81 p. 129). En effet, lors des négociations de l'ALCP, les autorités françaises n'avaient pas souhaité l'introduction du droit d'option, car cela revenait à remettre en cause le principe de l'unicité de la législation applicable. Elles sont cependant revenues sur cette position de principe après avoir été saisies par le Groupement transfrontalier européen - dont la vocation est de veiller à l'intérêt des populations transfrontalières - d'un rapport insistant sur l'importance du droit d'option pour les travailleurs frontaliers (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3 ; ATF 142 V 192). Sur la base des conclusions d'une expertise indépendante, le gouvernement français s'est engagé dans un premier temps à accepter un droit d'option, mais en faveur seulement des régimes nationaux (LAMal ou CMU). Comme une majorité de travailleurs frontaliers se trouvait alors au bénéfice d'un contrat d'assurance privé, le gouvernement a finalement admis que le choix pouvait aussi se porter sur des opérateurs privés en cas d'option pour la couverture d'assurance en France.

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 faire état de leur droit d'option dans le délai de trois mois dès l'obligation d'assurance en Suisse. Passé ce délai ou si l'assuré ne fait pas usage de son droit d'option, le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévaut (ATF 131 V 202 consid. 2 ; voir également MURER / STAUFFER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), 2010, n° 23 ad Art. 3; RIONDEL BESSON, Le droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes : difficultés de mise en œuvre et conséquences pour les

---

assurés, *in* Cahiers Genevois et romands de sécurité sociale n° 42-2009, p. 35). Ainsi, en fonction du droit d'option, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse peuvent être couvertes soit en Suisse soit en France. Elles ont le choix entre le régime d'assurance-maladie suisse selon la LAMal, le régime de la CMU et jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2014, l'assurance privée en France (ATF 135 V 339 consid. 4.3.4). L'ALCP prévoit toutefois que dans des cas justifiés, le délai de trois mois pour exercer le droit d'option peut être dépassé.

e. L'entrée en vigueur du règlement n° 883/2004 n'a pas modifié les principes précités, le principe de l'unicité de la législation étant prévu par l'art. 11 par. 1, celui de la *lex loci laboris* par l'art. 11 par. 32 let. c) et le droit d'option à l'annexe XI.

6. Pour sa part, le législateur suisse a mis en œuvre le droit d'option en adaptant le droit de l'assurance-maladie.

a. Selon les art. 3 al. 3 let. a LAMal et 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal, sont tenues de s'assurer en Suisse.

b. Cela étant, conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal, sont sur requête exceptées de l'obligation de s'assurer en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de la Communauté européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.

A titre de preuve, il leur suffit de présenter un certificat d'assurance correspondant aux exigences du système de l'assurance-maladie de l'Etat de domicile (voir l'information destinées au canton, intitulée « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », établi par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en février 2002, p. 25 et 26).

c. La demande d'exception à l'obligation de s'assurer doit être déposée auprès du canton dans lequel l'activité lucrative est exercée (art. 7 al. 4 OAMal). A Genève, le SAM est compétent pour statuer sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal ; RS J 3 05).

d. Entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, soit en même temps que les accords bilatéraux, l'art. 6a al. 1 let. a LAMal, prévoit que les cantons informent sur l'obligation de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse.

7. a. Quant au législateur français, il a mis en œuvre le droit d'option par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale, qui a institué à cette fin l'art. L. 380-3-1 du Code de la sécurité sociale, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003. 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. Ce texte prévoyait cependant la possibilité de s'affilier à une assurance privée pour une période transitoire, soit pendant sept ans après l'entrée en vigueur des accords bilatéraux. En 2006, la période transitoire de sept ans, laquelle devait expirer en 2009, a été prolongée jusqu'au 31 mai 2014. Selon l'actuelle version de cette disposition, les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (ATF 135 V 339 consid. 4.3.3). Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014, les frontaliers qui avaient opté pour le système français et souscrit une assurance privée sont 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.

Une lettre circulaire n°2002-168 du 22 juillet 2002 de la direction de la réglementation du recouvrement et du service DIRRES prévoit à son article 2.1 que notamment les travailleurs occupés en suisse bénéficient d'une option individuelle leur permettant d'être exempté de l'affiliation à l'assurance-maladie suisse. La France qui n'avait pas accepté dans un premier temps ce dispositif, demandera au comité mixte (composé de représentants des partis contractantes de l'ALCP) son inscription sur la liste. Dans l'attente il a été convenu que ce droit d'option puisse être exercé dès l'entrée en vigueur de l'accord selon des modalités définies d'un commun accord avec la Suisse. L'art. 2.3 relevait le cas particulier des travailleurs frontaliers qui ne pouvaient que relever en France d'assurances privées tant qu'une modification du texte leur permettait de bénéficier de la CMU ne serait pas intervenue.

Dans une circulaire DSS/DACI n°2003-25 du 15 janvier 2003 (relative à la modification de l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale concernant la CMU par l'article 18 de la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002, loi de financement de la sécurité sociale pour 2003), il est rappelé que les travailleurs frontaliers, s'ils avaient décidé d'user de leur droit d'option et donc d'être exemptés d'affiliation au régime suisse, ne pouvaient jusqu'à présent adhérer à la CMU, et devaient donc se procurer une couverture santé en s'adressant au seul secteur privé. Devant cette nouvelle situation et ce nouveau cadre juridique, les intéressés ont souhaité que leur soit ouverte la possibilité d'adhérer à la CMU. L'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale a donc été modifié en ce sens. Cet article prévoit, pendant une période transitoire se terminant au plus tard sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord avec la Suisse, soit le 31 mai 2009, que les intéressés puissent cependant conserver un contrat d'assurance les couvrant en France, ainsi que leurs

ayants droit, pour le risque maladie, en précisant qu'ils peuvent sans attendre la fin de ce délai renoncer à cette dérogation et être couverts par la CMU de base.

8. a. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1<sup>er</sup> juin 2002, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ainsi que l'OFAS ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences.

b. Dans un premier temps, l'OFAS a expliqué, dans son document intitulé « Effets de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec la Communauté européenne au regard de l'assurance-maladie », destiné aux cantons, daté du mois de février 2002, que « les personnes auxquelles l'Etat de domicile accorde un droit d'option (...) et qui ne veulent pas s'assurer en Suisse doivent présenter une demande d'exception à l'obligation de s'assurer à l'autorité cantonale compétente dans les trois mois qui suivent la naissance de l'obligation de s'assurer en Suisse. Elles peuvent être exceptées de cette obligation sur la base de leur droit d'option (...). En l'absence de demande de leur part dans le délai imparti, elles sont tenues de s'assurer en Suisse ».

La feuille d'information 1/03 sur l'admission des frontaliers dans l'assurance-maladie sociale en France du 29 janvier 2003 de l'OFAS, indique que depuis le 1<sup>er</sup> janvier les frontaliers qui exercent leur droit d'option sont tenus de s'assurer auprès de la CMU. Cela est également valable pour les frontaliers au chômage qui reçoivent des prestations de l'assurance-chômage suisse et qui sont exemptés de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie suisse. L'assurance auprès de la CMU a cependant un caractère facultatif pour une durée transitoire de sept ans, soit jusqu'au 31 mai 2009. Durant cette période, les frontaliers et les membres de leur famille peuvent conserver une assurance privée, pour autant que celle-ci couvre les prestations légales en cas de maladie en France et pendant un séjour dans un autre Etat membre de l'UE et en Suisse. Les membres de la famille sans activité lucrative d'un employé résidant en Suisse peuvent également rester assurés de manière privée jusqu'au 31 mai 2009. L'affiliation auprès de la CMU exige qu'il y ait une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. C'est pourquoi la France a demandé à l'OFAS d'accorder un nouveau délai pour l'exercice de ce droit d'option par les personnes concernées. Etant donné que ces dernières doivent aussi avoir la possibilité de s'assurer auprès de la CMU, nous avons donné au ministère compétent notre accord pour un nouveau délai d'option de trois mois. Ce délai court dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et permet aux frontaliers qui n'ont pas encore pu le faire - faute de base légale pour l'admission dans la CMU - d'exercer leur droit d'option. Ces derniers et les membres de leur famille auront donc jusqu'au 31 mars 2003 pour se libérer de l'obligation de s'assurer en Suisse.

Nous avons fait savoir à la France que la Suisse et en l'occurrence les cantons n'informeront pas individuellement les frontaliers concernés et leurs employeurs de l'ouverture de ce nouveau délai. En revanche, l'OFAS rédigera une lettre d'information à l'intention des assureurs maladie afin qu'ils délient à temps les

personnes concernées de leur assurance-maladie en Suisse. La France adressera également une circulaire aux caisses-maladie locales et aux associations de frontaliers intéressées.

c. Par la suite, l'OFSP a expliqué, dans un document intitulé « Informations concernant l'application de l'Accord de la libre circulation des personnes et de la convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie », daté du 12 juillet 2007 et destiné aux assurances LAMal et à leurs réassureurs, aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de s'assurer, que « certains cantons nous ont fait part de leurs difficultés à contrôler les frontaliers ainsi que les rentiers et à les informer sur leur obligation de s'assurer en Suisse ou sur un éventuel droit d'option lorsqu'ils résident dans un Etat membre de l'UE/AELE (...). Selon l'Accord sur la libre circulation des personnes, le délai de trois mois prévu pour le dépôt de la demande d'exemption lors de l'exercice du droit d'option peut être dépassé dans des cas justifiés. Nous sommes d'avis qu'un assuré qui n'aurait pas été informé à temps de son droit d'option devrait avoir la possibilité de l'exercer ultérieurement pour autant que ce soit fait dans un délai raisonnable et que l'assurance étrangère accepte son affiliation après l'échéance du délai de trois mois ».

d. Dans une « Note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne », du 11 mars 2008, l'OFAS et la Direction de la sécurité sociale, subdivision du Ministère français de la santé, de la jeunesse et des sports, ont considéré que « si l'affiliation auprès d'un assureur français intervient après le délai de trois mois ou si la demande d'exemption est rejetée par l'autorité cantonale ou l'Institution commune LAMal, l'intéressé doit être obligatoirement assuré en Suisse (...). Les personnes qui ne peuvent exercer correctement leur droit d'option (par exemple, après l'échéance du délai de trois mois), doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance-maladie (...). Toutefois, l'option devra être effectuée dans les délais sous peine que le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévale (...) ».

Les principes précités ont également été repris dans la note conjointe du 1<sup>er</sup> février 2013.

9. Du côté français, une circulaire n° DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002, relative à la mise en œuvre du droit d'option en matière d'assurance maladie prévu par l'ALCP prévoit notamment que « lorsque les différentes conditions sont remplies, le droit d'option donne la possibilité de demander aux institutions suisses une exemption d'affiliation à l'assurance maladie suisse (...). Si la personne était assurée pour le risque maladie en Suisse au moment où elle décide d'user de son droit, il lui faudra d'abord s'assurer en France, puis faire la demande d'exemption en 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 ». A noter

que l'obligation d'assurance intervient notamment avec le transfert de la résidence de Suisse en France.

10. 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. Par ailleurs, le fait de rester affilié pendant plus de douze ans auprès d'une assurance privée française, sans avoir reçu d'information de la part du SAM sur l'existence du droit d'option exclut la réalisation d'un abus de droit.

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. 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 contrarier 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 ».

11. 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.

12. 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.

13. a. En l'occurrence, l'expertise judiciaire graphologique a mis en évidence une homogénéité entre les signatures de référence, émanant du recourant et de nombreuses discordances entre la signature indiciaire et celles de référence, tant au niveau de l'aspect général que des caractéristiques graphiques particulières. En définitive, selon l'expert, les deux seules similitudes graphiques de ces deux signatures se résument à deux grandes boucles, l'une initiale et l'autre terminale et à leur sens de rotation (expertise p. 6 et 7). En particulier, si l'on admet que le recourant a signé le formulaire, les discordances entre cette signature et les signatures de référence sont telles que la première est inhabituelle ; par ailleurs, une variation accidentelle est peu vraisemblable car la signature indiciaire est rédigée de manière dynamique. Une imitation de la signature du recourant par une tierce personne est peu probable non plus, car l'imitation est manifestement différente de la signature du recourant.

b. Ces constatations sont admises par les parties. Elles permettent, au degré de la vraisemblance prépondérante, de conclure que la signature apposée sur le formulaire ne peut être assimilée aux signatures de référence du recourant, car, en présentant d'importantes discordances elle ne rentre pas dans le champ des variations naturelles des signatures de référence. Elle ne peut pas l'être non plus dans l'hypothèse d'une variation accidentelle, la signature indiciaire étant rédigée

de manière dynamique. Par ailleurs, elle ne peut pas provenir d'un tiers qui aurait eu la volonté d'imiter la signature du recourant.

Finalement, l'hypothèse retenue par l'expert comme étant la plus probable est celle d'une signature du recourant déguisée, soit modifiée volontairement dans le but de la contester ensuite. Il estime que cette hypothèse est mille fois plus probable que celle d'une signature par un tiers essayant d'imiter celle du recourant.

Or, cette interprétation, comme relevé par le recourant, est un point de vue subjectif de l'expert et n'est pas probable, au regard du contexte dans lequel le formulaire a été signé, en août 2002.

En effet, l'hypothèse évoquée par l'expert d'un déguisement de signature ne pourrait, en théorie, que se rapporter à une éventuelle projection du recourant, au moment où il signe le formulaire en août 2002, au 31 mai 2009, correspondant au premier délai d'expiration de la possibilité pour le/la frontalier/ère de rester affilié/e à une assurance-privée française. Le recourant se serait alors imaginé pouvoir nier l'exercice de son droit d'option, en se prévalant du fait que la signature du formulaire n'est pas la sienne et réclamer à ce moment-là une affiliation à l'assurance-maladie suisse.

On ne voit pas quel autre motif aurait poussé le recourant à déguiser sa signature.

Or, l'hypothèse précitée n'est pas pertinente dès lors que, d'une part elle paraît en soi assez invraisemblable, d'autre part la période transitoire au terme de laquelle la possibilité de s'affilier à une assurance privée française est supprimée, n'était pas en vigueur et pas d'actualité au moment où le formulaire a été signé en août 2002, cette restriction ayant été introduite par l'art. L 380-3-1 du Code la sécurité sociale français, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (loi du 20 décembre 2002), de sorte qu'au moment où le formulaire a été signé, le/la frontalier/ère était autorisé à maintenir son assurance-maladie privée française, en exerçant son droit d'option.

c. Au demeurant, si du point de vue graphologique la signature figurant sur le formulaire ne peut être considérée comme étant celle du recourant que dans l'hypothèse où celui-ci l'a volontairement déguisée, et que, comme on l'a vu ci-avant, cette hypothèse doit être écartée, il convient de retenir que la signature figurant sur le formulaire n'émane pas du recourant.

Cela est d'autant plus probable que, comme relevé par le recourant, le formulaire comprend des erreurs qui ne peuvent, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir été commises par le recourant lui-même, soit le prénom de sa fille F\_\_\_\_\_, orthographié « J\_\_\_\_\_ », le lieu-dit B\_\_\_\_\_ C\_\_\_\_\_, orthographié B\_\_\_\_\_ « K\_\_\_\_\_ », ainsi que l'indication erronée que sa conjointe n'exerce pas d'activité lucrative. Ces éléments appuient encore les constatations de l'expert selon lesquels la signature indiciariaire est à ce point éloignée de celle du recourant qu'elle ne peut être de sa main (que si celui-ci l'a volontairement déguisée).

Partant, il convient de constater que la signature apposée sur le formulaire provient, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un tiers, sans intention d'imiter celle du recourant. Cette hypothèse, qui n'a d'ailleurs pas été discutée par l'expert, est plausible dès lors que, comme précisé par l'intimé, le formulaire a été, à l'époque, envoyé à l'adresse professionnelle du recourant, de sorte qu'un tiers a pu ouvrir le courrier et décider de traiter le formulaire, sans le faire signer au recourant, en reprenant les éléments connus de l'employeur, soit les noms des membres de la famille du recourant, son adresse et la situation familiale en cours du point de vue de l'assurance-maladie, c'est-à-dire une affiliation de toute la famille par le biais de contrats d'assurance-maladie en France.

14. En conséquence, contrairement à l'avis de l'intimé, on doit constater que le recourant, en ne signant pas lui-même le formulaire, n'a pas exercé valablement son droit d'option.

Conformément à la jurisprudence précitée, il doit encore pouvoir le faire, celle-ci ayant admis qu'un exercice *de facto* du droit d'option n'était pas admissible, sous réserve du fait que l'exercice de ce droit puisse être qualifié d'abus de droit manifeste.

Or, pour qu'un abus de droit manifeste puisse être reproché au recourant, il faut que celui-ci ait été conscient de son obligation de s'affilier à la LAMal en l'absence d'exercice formel de son droit d'option en 2002, qu'il soit délibérément resté affilié à une assurance privée française jusqu'à la suppression de cette possibilité, tout en se prévalant ensuite de la possibilité d'exercer son droit d'option.

Entendu en audience de comparution personnelle le 11 mars 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait jamais eu connaissance du formulaire envoyé en 2002, ni de l'entrée en vigueur de l'ALCP, pas plus qu'il n'avait évoqué avec des collègues frontaliers la question du formulaire.

Ces déclarations ne sont pas contestées par l'intimé.

Par ailleurs, il est établi que le formulaire a été envoyé à l'employeur du recourant et non pas à celui-ci, de sorte qu'il est plausible que le recourant n'en n'ait pas eu connaissance. En outre, selon l'OFAS, le nouveau délai d'option fixé au 31 mars 2003 n'a pas fait l'objet d'une information individuelle aux frontaliers/ères concernés, ni à leur employeurs (feuille d'information 1/03 de l'OFAS précitée). On ne saurait retenir, dans ces circonstances, que les conditions de l'abus de droit précitées sont remplies dans le cas du recourant.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, étant constaté que le recourant n'a pas, en août 2002, exercé son droit d'option, de sorte qu'il lui est encore loisible de le faire en choisissant une affiliation à l'assurance-maladie en Suisse.
16. Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 5'876.-, selon la facture du 17 juin 2019 du Dr P\_\_\_\_\_, sont laissés à la charge de l'Etat.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 septembre 2018, dans le sens des considérants.
4. Laisse les frais d'expertise de CHF 5'876.- à la charge de l'Etat.
5. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- au recourant, à charge de l'intimé.
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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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