

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4426/2015

ATAS/944/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à HABÈRE POCHE, France

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), de nationalité française, domiciliée à Habère Poche (France), exerce une activité salariée à Genève. L'intéressée est au bénéfice d'une autorisation frontalière valable pour toute la Suisse, délivrée le 9 août 2010 et valable jusqu'au 8 août 2020 (permis G) précisant que l'activité lucrative est exercée auprès de B_____ à Genève.
2. Le 30 septembre 2015, l'intéressée s'est adressée au service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM ou l'intimé), dans le cadre du droit d'option permettant au citoyen de l'Union européenne (ci-après : UE) travaillant en Suisse et résidant notamment en France de choisir le lieu de l'affiliation à l'assurance-maladie, à savoir son pays de résidence ou de travail. Elle a exposé être travailleuse frontalière depuis plusieurs années et souhaitait avoir la confirmation d'avoir bien pu faire usage de son droit d'option. Elle a demandé une copie du document attestant son choix.
3. Par décision du 1^{er} octobre 2015, le SAM a accusé réception de sa demande d'affiliation dans le système d'assurance-maladie sociale suisse. Après avoir attentivement examiné le dossier, il a constaté que l'intéressée avait officiellement choisi l'option de s'assurer dans son pays de résidence en lui retournant le formulaire du choix du système d'assurance-maladie applicable, qu'elle avait signé en date du 24 juin 2002 après avoir coché la case « j'opte pour l'assurance dans mon pays de résidence ». Il ne pouvait par conséquent pas donner une suite favorable à son attente. Le SAM a joint en annexe copie du document en question et son annexe. Selon cette dernière, le choix du système d'assurance-maladie était irrévocable durant l'activité en Suisse. Sans nouvelle dans un délai de 60 jours, le travailleur frontalier pouvait être affilié d'office dans le système suisse.
4. Par courrier du 9 octobre 2015, l'intéressée a requis son affiliation à la LAMal en qualité de travailleuse frontalière, motif pris qu'elle n'avait jamais fait valoir son droit d'option en Suisse et n'avait jamais demandé à déroger à l'obligation de s'assurer en Suisse pour le risque maladie. Elle s'est référée à un arrêt du Tribunal fédéral de mars 2015 jugeant contraire aux Accords bilatéraux la pratique consistant à considérer que les personnes ayant conclu une assurance équivalente dans leur État de domicile, sans avoir déposé une demande formelle d'exemption, avaient exercé leur droit d'option. Elle a expliqué qu'à compter du 1^{er} juin 2015, l'ensemble des contrats d'assurance-maladie privée en France étaient échus en raison d'un décret ministériel qui était d'ailleurs contesté par un recours en annulation auprès du Conseil d'État en France.
5. Par pli du 13 novembre 2015 adressé au SAM, l'intéressée a précisé qu'elle n'avait pas fait valoir son droit d'option en Suisse à deux reprises (en 2004 et 2006) suite à deux restructurations qui avaient impliqué deux périodes de rattachement obligatoire à la Caisse primaire d'assurance-maladie (ci-après : CPAM), auxquelles avaient succédé deux reprises d'emploi à Genève. Elle n'avait dès lors jamais

demandé à déroger à l'obligation de s'assurer en Suisse pour le risque maladie. Elle a précisé qu'elle devait maintenir son inscription auprès de la Couverture Maladie Universelle (ci-après : CMU) en France jusqu'à l'obtention de l'accord du SAM. A réception du formulaire E 106, elle l'adresserait à sa CPAM afin qu'elle ne fût pas soumise à une double cotisation.

6. Par décision du 3 décembre 2015, le SAM a considéré le courrier du 9 octobre 2015 comme une opposition et a rejeté cette dernière au motif qu'en date du 24 juin 2002, l'intéressée avait choisi de rester affiliée à l'assurance-maladie de son pays de résidence. Il s'est référé à l'Accord sur la libre circulation des personnes (ci-après : ALCP) et à son annexe II, précisant que la demande devait être déposée dans les trois mois qui suivaient la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse, choix qui permettait ainsi au travailleur frontalier de s'affilier ou de rester affilié au système de sécurité sociale de son pays de résidence au-lieu de celui où il exerçait son activité lucrative. Ce droit d'option devait cependant être interprété restrictivement car il constituait une dérogation au principe d'unicité selon lequel une personne était rattachée à la législation d'un seul État pour toutes les branches de sécurité sociale. Le SAM a relevé qu'à teneur de la note conjointe du 23 mai 2014 des autorités compétentes suisses et françaises, le droit d'option ne pouvait être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Ladite note énumérait de manière exhaustive les faits générateurs de l'exercice du droit d'option, à savoir la prise d'activité en Suisse (premier emploi en Suisse d'une personne domiciliée en France), la reprise d'une activité en Suisse après une période de chômage, la prise de domicile en France (d'une personne domiciliée et assurée en Suisse) et le passage du statut de travailleur à celui de pensionné. Concernant sa période de chômage, le fait que l'intéressée ait connu une période de chômage n'était pas pertinent pour le cas d'espèce car elle aurait dû déposer sa demande dans les trois mois suivant la reprise de son activité en Suisse, à savoir en 2004 et non onze ans plus tard. Par conséquent, l'intéressée était dès lors hors délai et elle ne pouvait pas invoquer cet argument pour prétendre exercer une nouvelle fois son droit d'option.
7. Par acte du 17 décembre 2015, l'intéressée a interjeté recours. Elle a exposé qu'elle avait connu une première période de chômage indemnisée par les Assédics/Pôle emploi puis qu'elle avait repris une activité en Suisse le 15 juin 2006, laquelle avait été suivie d'une deuxième période de chômage également indemnisée par les Assédics/Pôle emploi. Elle avait repris ensuite une activité en Suisse le 1^{er} mai 2008. Bien que les deux reprises d'activité devaient lui permettre d'exercer à nouveau son droit d'option, elle n'avait jamais été informée de son droit légal à pouvoir l'exercer auprès de l'intimé. Par ailleurs, en se référant à la note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'ALCP, elle a relevé que la demande devait être déposée dans un délai de trois mois à compter du jour où les personnes concernées étaient soumises au régime suisse de sécurité sociale ou à compter du premier jour de domiciliation en France.

Ce délai échu, elle devait entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance-maladie obligatoire. Elle a répété ses arguments relatifs à l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 mars 2015. Au vu de ces informations et compte tenu du fait qu'elle n'avait jamais formulé de requête d'exemption à la fois à sa reprise d'activité le 15 juin 2006 ainsi que le 1^{er} mai 2008 et que les deux termes du délai étaient échus, elle demandait à pouvoir être affiliée dans le système d'assurance-maladie suisse.

8. Par réponse du 21 janvier 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, rappelant que la recourante avait exercé son droit d'option en signant le formulaire idoine le 24 juin 2002. Or, ledit formulaire mentionnait que son choix était irrévocable durant son activité en Suisse. S'agissant des deux périodes de chômage suivies de deux reprises d'activité en 2006 et 2008, l'intimé a relevé que selon les données de l'office cantonal de la population (ci-après : OCPM), il apparaissait qu'en 2006 la recourante n'avait pas eu de cessation d'activité et qu'en 2008 elle n'avait pas connu une reprise d'activité mais un changement d'employeur (compte tenu des dates de fin d'activité et de prise d'activité), soit un élément qui ne constituait dès lors pas « un nouveau fait générateur ». Ainsi, il n'avait pas eu connaissance d'une éventuelle reprise d'activité de la recourante après une période de chômage jusqu'au 16 novembre 2015. Étant donné qu'il ne pouvait pas être informé des périodes de chômage en France, la recourante aurait dû se manifester auprès de son service pour indiquer son changement de situation dans un délai raisonnable, ce qu'elle n'avait pas fait puisqu'il ne l'apprenait que de très nombreuses années plus tard. Elle ne saurait dès lors se prévaloir d'un fait nouveau neuf ans plus tard, ce en vertu de la sécurité du droit et d'autant plus qu'elle avait déjà été informée de l'existence d'un droit d'option. La recourante ayant signé le formulaire auquel était annexée une lettre d'information aux travailleurs frontaliers, elle ne pouvait pas se prévaloir d'un défaut d'information. Par conséquent, la recourante devait rester affiliée dans le système d'assurance-maladie qu'elle avait choisi, à savoir celui de son pays de résidence.
9. Le 7 mars 2016, la chambre de céans a requis de l'intimé le dossier complet constitué suite à la demande formulée par la recourante le 24 juin 2002. Elle a également requis de la recourante de lui communiquer toutes précisions concernant les deux périodes de chômage, à savoir les dates exactes des périodes de chômage, les lettres de licenciement ainsi que copie des décisions d'indemnisation du chômage.
10. Dans son écriture du 15 mars 2016, la recourante a précisé qu'elle avait été au chômage du 1^{er} décembre 2004 au 14 juin 2006 et du 1^{er} août 2007 au 30 avril 2008. C_____ avait mis fin au contrat avec effet au 31 juillet 2007 même si le préavis initial prévoyait initialement le 30 juin 2007. Elle s'était adressée à l'intimé le 30 septembre 2015 afin de savoir si elle avait exercé son droit d'option, n'étant en possession d'aucune copie du document. L'intimé lui avait transmis une copie de celui-ci. C'était uniquement à la suite de cet échange qu'elle avait pris connaissance des faits qui étaient juridiquement considérés comme de nouveaux

faits générateurs. Par conséquent elle réitérait sa volonté de s'affilier comme la loi le lui permettait au système LAMal.

Elle a produit diverses pièces. Selon le certificat du 30 novembre 2004 de D_____ SA, son contrat avait pris fin au 30 novembre 2004 à la suite de mesures de restructuration économiques. La notification d'admission des Assédics du 16 décembre 2004 l'admettait au titre de l'allocation d'aide au retour à l'emploi à partir du 8 décembre 2004. Le certificat du 30 juin 2007 de C_____ attestait son activité dans son bureau de Genève du 15 juin 2006 au 30 juin 2007. L'avis de prise en charge des Assédics du 16 octobre 2007 la mettait au bénéfice de l'allocation d'aide au retour à l'emploi à compter du 8 août 2007. Le certificat de travail d'E_____ attestait son activité dans son bureau de Genève du 1^{er} mai 2008 au 31 mai 2010.

11. Le 17 mars 2016, l'intimé a informé la chambre de céans que les pièces en sa possession avaient déjà été transmises dans son chargé de pièces du 21 janvier 2016.
12. La chambre de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle en date du 1^{er} juin 2016. La recourante a confirmé qu'elle n'avait pas conservé de documents concernant son précédent droit d'option et qu'elle s'était adressée à l'intimé pour clarifier sa situation. Ensuite, elle n'avait pas été informée de la possibilité d'obtenir un nouveau droit d'option suite au changement de situation des frontaliers. Par ailleurs, elle ne se rappelait pas qu'en 2002 lorsqu'elle avait rempli le formulaire, l'intimé lui avait demandé de produire un document de la caisse française. Il n'était d'ailleurs pas stipulé qu'un document devait être joint à ce formulaire.

Le représentant de l'intimé a déclaré avoir enregistré ce droit d'option en 2002, sans plus, et conservé l'original. Il n'avait pas écrit à la recourante pour lui confirmer l'enregistrement de son droit d'option. A l'époque chaque canton s'organisait et agissait comme cela lui semblait juste, ce n'était que par la suite que la question d'un accusé de réception s'était posée. Actuellement pour les frontaliers français, dès qu'un permis G était émis par l'OCPM, il pouvait le savoir dans les deux semaines car il avait un lien direct. Dès qu'il recevait l'information, il écrivait à l'employeur du frontalier de nationalité française ou de l'UE et le priait de remettre à l'employé le formulaire avec une lettre d'information afin de lui permettre de valoir son droit d'option dans les trois mois à partir du moment où ladite lettre était envoyée. Pour les Suisses, la procédure était grosso modo la même, mais comme ils n'avaient pas besoin d'un permis G pour travailler, ils devaient eux-mêmes s'annoncer auprès de l'intimé. L'assureur auprès duquel le Suisse était affilié avant son départ pour la France devait l'informer du fait qu'il pouvait faire valoir son droit d'option. Cette procédure existait depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, en juin 2002. Lors des périodes de chômage de la recourante, son permis G aurait dû être annulé pour que l'intimé fût informé de sa nouvelle situation.

La recourante a confirmé avoir connu deux périodes de chômage, en 2004 puis en 2007, indemnisée par les Assédics. Elle avait repris un troisième emploi du 1^{er} mai 2008 au 31 mai 2010, puis avait changé d'employeur à compter du 1^{er} juin 2010 pour lequel elle travaillait toujours. Dans un premier temps, ses départs avaient été annoncés par ses employeurs à l'OCPM. Elle ne savait pas comment ce dernier avait enregistré ces faits ni comment le permis G était traité durant ces périodes. Elle n'avait pas été invitée à le restituer. Elle se fondait sur sa troisième prise d'emploi le 1^{er} mai 2008. À cette occasion elle n'avait reçu aucune information de qui que ce fût, de son employeur ou de l'intimé à propos de son droit d'option. À chaque départ et à chaque reprise d'emploi, elle avait dû remplir pour son dossier des formulaires tant auprès des RH, qu'auprès des Autorités suisse et française. L'OCPM devait avoir une trace et en tout cas posséder tous ces documents. Elle n'avait appris que l'année précédente par une collègue qu'elle aurait eu à plusieurs reprises la possibilité de refaire valoir son droit d'option. Elle ne faisait pas partie du Groupement des frontaliers et n'avait pas suivi les changements législatifs concernant l'affiliation des frontaliers à la caisse-maladie française ou suisse.

Selon l'intimé, le dossier de la recourante mentionnait des périodes de renouvellement du permis G, mais pas de suspension ou d'annulation, de sorte qu'il n'y avait pas eu d'interruption du permis G durant les périodes de chômage. En l'occurrence, la dernière information émanant de la recourante datait du 25 août 2010 et il s'agissait du renouvellement du permis G. Un nouveau droit d'option s'était ainsi ouvert pour la recourante lors de sa troisième prise d'emploi le 1^{er} mai 2008. Si elle s'était présentée, l'intimé aurait étudié le cas. En 2008 la situation était moins compliquée étant donné que la France n'avait pas encore pris la décision de faire « basculer » tous les frontaliers dans le système français et l'exécution de cette dernière était finalement intervenue le 1^{er} juin 2014. Le droit d'option était irrévocable, sauf fait générateur nouveau.

La recourante a déclaré qu'elle faisait valoir son droit huit ans après parce qu'elle n'avait pas eu connaissance qu'en mai 2008, elle avait eu à nouveau la possibilité de faire valoir ce droit. Si les choses avaient été faites correctement, elle aurait dû être automatiquement affiliée à la LAMal suisse en mai 2008, sauf si elle avait manifesté son choix pour rester affiliée auprès de la sécurité sociale française. L'intimé a admis que s'il avait reçu l'information en 2008, l'assurée aurait eu le choix et aurait été affiliée au système suisse si elle ne l'avait pas exercé dans un délai de trois mois

La recourante a fait valoir que l'OCPM avait eu connaissance à trois reprises de ses pertes et reprises d'emploi. Elle a considéré qu'il y avait un problème de communication entre l'OCPM et l'intimé.

L'intimé a déposé à la procédure un relevé des informations émanant de l'OCPM concernant le permis G de la recourante. Selon les informations prises auprès de l'OCPM, normalement lorsque l'activité lucrative prenait fin, l'employeur devait

remettre à cet office un formulaire et l'original du permis G, ce dernier n'étant plus valable.

L'intimé a relevé que le délai pour affilier la recourante posait problème et qu'il y avait aussi la question de savoir quelle serait la réaction de la France qui refusait de libérer ses assurés.

13. Dans le délai imparti, l'intimé a déposé l'extrait d'un logiciel qui indiquait uniquement les diverses dates de renouvellement du permis G de la recourante, lesquelles ne correspondaient pas avec ses périodes de chômage. Par conséquent, il n'avait aucun moyen d'avoir connaissance des périodes de chômage de la recourante.
14. Par écriture du 20 juin 2016, la recourante a déploré que le système informatique de l'intimé fût suffisamment voire pas du tout fiable car il n'était en mesure de saisir ni les renouvellements de permis, ni les reprises d'emploi consécutives à des périodes de chômage. Par exemple, bien qu'il couvrait la période de 1999 à ce jour, il ne mentionnait nullement le renouvellement de son permis en juin 2006, ni celui d'août 2015 intervenant systématiquement pour tous travailleurs frontaliers après une période de cinq années de permis, soit deux manquements en totalité. Elle a maintenu que la période de chômage subie de 2006 à 2008 était un fait générateur nouveau qui ne pouvait lui être refusé et devait par conséquent lui ouvrir, comme la loi le lui permettait, le droit de s'affilier à la LAMal.
15. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.
16. Par courrier du 23 septembre 2016, la recourante a relevé qu'afin de régler la question des doubles affiliations, un accord spécifique entre la Suisse et la France avait été trouvé pour un temps limité, soit du 1^{er} octobre 2016 au 1^{er} octobre 2017. Durant ce laps de temps, les personnes qui n'avaient pas exercé leur droit d'option pouvaient choisir entre la LAMal et la sécurité sociale française. Elle a demandé de tenir compte de cet accord qui permettait de donner une suite favorable à sa demande d'affiliation à la LAMal. Cette écriture a été communiquée à l'intimé le 26 septembre 2016.

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) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Par ailleurs, l'art. 36 de la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05) prévoit que les décisions

sur opposition prises par les organes d'exécution de la LAMal peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans un délai de 30 jours à partir de leur notification.

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, 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.

En l'espèce, la recourante, domiciliée en France, travaille pour le compte d'un employeur établi dans le canton. En outre, l'organe d'exécution a son siège à Genève et 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante, en sa qualité de frontalière, à être affiliée pour l'assurance-obligatoire des soins à l'assurance-maladie suisse, plus particulièrement sur son droit d'option selon l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP; RS 0.142.112.681])
5. a) Selon l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse (al. 1). 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 au sens de l'art. 13 al. 2 LPGA (al. 3 let. a).

Faisant usage de cette compétence, le Conseil fédéral a édicté notamment l'art. 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) aux termes duquel sont tenues de s'assurer 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.

L'ALCP est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Jusqu'au 31 mars 2012, les Parties à cat accord appliquaient 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). 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 au 1^{er} avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les Parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale, modifié par le Règlement CE n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009.

b) En l'occurrence, l'ALCP est applicable à la recourante du point de vue personnel. En effet, de nationalité française, elle doit être considérée comme un travailleur qui est ou était soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres (art. 2 par. 1 du règlement n° 1408/71). Il en va de même de l'applicabilité de l'accord et des règlements cités sous l'angle matériel. En effet, les prestations litigieuses se rapportent à l'un des risques énumérés expressément à l'art. 4 par. 1 du règlement n° 1408/71, en l'occurrence la lettre a (prestations de maladie et de maternité).

La recourante ne conteste pas qu'elle a exercé son droit d'option le 24 juin 2002. En revanche, elle soutient que sa dernière période de chômage du 1^{er} août 2007 au 30 avril 2008 aurait dû lui ouvrir un nouveau droit d'option. Le règlement n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) qui a remplacé le règlement n° 1408/71 n'ouvre aucun droit pour la période antérieure à la date de son application (ATF 138 V 392 consid. 4.1.3). Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner à ce stade la situation juridique qui prévaudrait à l'égard de la recourante à partir du 1^{er} avril 2012. Le litige doit donc être examiné au regard du règlement n° 1408/71 alors applicable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_670/2012 du 26 février 2013 consid. 3.1).

6. a) Le Titre II du règlement n° 1408/71 (art. 13 à 17bis) contient des règles qui permettent de déterminer la législation applicable pour toute la généralité des cas. L'art. 13 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17bis, dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. Aux termes de l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71 et sous réserve des art. 14 à 17, le travailleur salarié est 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. Le travailleur frontalier est donc soumis, en vertu de ce principe, à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*; ATF 135 V 340 consid. 4.3.1 et ATF 133 V 137 consid. 6.1). Ce principe peut être assorti d'exceptions. En effet, en application

de l'art. 89 du règlement n° 1408/71, l'Annexe VI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. Cette annexe a été complétée par la Section A de l'Annexe II à l'ALCP « Coordination des systèmes de sécurité sociale ». Il en ressort notamment que les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) 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 et le Portugal. Cette demande doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; lorsque la demande est déposée après ce délai, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation (Annexe II Section A par. 1 let. o ch. 3 b, dans sa version modifiée par les décisions n° 2/2003 et 1/2006 du Comité mixte UE-Suisse des 15 juillet 2003 et 6 juillet 2006 [RO 2004 1277 et RO 2006 5851]). Cette faculté est communément appelée « droit d'option » (ATF 135 V 340 consid. 4.3.2).

Par sa décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003 portant modification de l'Annexe II (RO 2004 1277), le Comité mixte UE-Suisse a précisé les conditions et les effets de l'option consistant à demander d'être exempté de l'assurance-maladie obligatoire suisse. Il a notamment complété l'Annexe VI du règlement n° 1408/71 par une disposition selon laquelle les personnes soumises aux dispositions légales suisses en vertu du titre II du règlement n° 1408/71 - savoir, notamment, celles qui exercent une activité non salariée sur le territoire d'un Etat membre (art. 13 par. 2 let. b du règlement n° 1408/71) - peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire 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, sous certaines réserves, Finlande (Annexe VI Suisse ch. 3 point b au règlement n° 1408/71 dans sa version modifiée par la décision n° 2/2003 du Comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003 portant modification de l'annexe II [sécurité sociale] à l'ALCP). Cette disposition est entrée en vigueur le 15 janvier 2003 avec effet au 1^{er} juin 2002 (art. 2 de la décision n° 2/2003 du 15 juillet 2003).

b) Jusqu'au 1^{er} juin 2002 les relations entre la Suisse et la France en matière de sécurité sociale étaient régies par la convention franco-suisse du 3 juillet 1975. 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). 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. La législation française a été modifiée en conséquence par l'adjonction dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 380-3-1. Cet article pose le principe de l'affiliation obligatoire au régime de base de la sécurité sociale (CMU) des travailleurs frontaliers qui ont demandé à être exemptés de l'affiliation au régime suisse d'assurance-maladie. Il prévoit cependant, pour une période transitoire, se terminant au plus tard le 1^{er} juin 2014 (selon l'actuelle version de cette disposition), que les intéressés peuvent conserver un contrat d'assurance privé, les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque de maladie et de maternité (ATF 135 V 340 consid. 4.3.3).

c) Selon l'OAMal, sont exceptées à l'obligation de s'assurer, les personnes qui, parce qu'elles perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de son annexe II ou de l'Accord AELE, de son annexe K et de l'appendice 2 de l'annexe K, sont assujetties aux dispositions légales d'un autre Etat (art. 2 al. 1 let. d OAMal, introduire par le ch. I de l'O du 22 mai 2002).

Sont exceptées de l'obligation de s'assurer sur requête 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 (art. 2 al. 6 OAMal, introduite par le ch. I de l'O du 3 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2002). Les personnes tenues de s'assurer en vertu de l'art. 1, al. 2, let. d et e, doivent s'assurer dans les trois mois suivant la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse. Si elles s'assurent dans ce délai, l'assurance débute dès la soumission à l'assurance suisse. Si elles s'assurent après ce délai, l'assurance déploie ses effets à la date de l'affiliation. L'assurance prend fin lorsque ces personnes ne remplissent plus les conditions de soumission à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II (art. 7 al. 8 OAMal).

Les frontaliers qui ne sont pas tenus de s'assurer selon l'art. 1 al. 2 let. d et qui exercent en Suisse une activité lucrative, ainsi que les membres de leur famille, pour autant qu'ils n'exercent pas à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire, sont soumis à l'assurance suisse sur requête (art. 3 al. 1 OAMal). Ils sont tenus de s'assurer dans les trois mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assurance prend

fin avec l'abandon de l'activité lucrative en Suisse, avec l'expiration ou la révocation de l'autorisation pour frontaliers, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière (art. 7 al. 4 OAMal).

A teneur de l'art. 6a LAMal, 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 (al. 1 let. a). L'autorité désignée par le canton affilié d'office les personnes qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile. Elle statue sur les demandes d'exception à l'obligation de s'assurer (al. 3).

En vertu de l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2).

7. Depuis l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1^{er} juin 2002, l'office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) ainsi que l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) ont établi, à plusieurs reprises, des lignes directrices concernant l'exercice du droit d'option et ses conséquences.

Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Les Tribunaux en contrôle librement la légalité et doivent s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1; ATF 133 V 257 consid. 3.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.3).

a) Jusqu'en 2007, les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie étaient régies par les Informations destinées aux cantons sur les effets de l'ALCP établies en février 2002 par l'OFAS. Selon le chiffre 7 de ces informations, 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 exemptées 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. Comme l'assurance suisse des soins ne connaît pas le système de l'assurance automatique, il peut arriver alors qu'il y ait des personnes non assurées lorsque ces personnes ne peuvent pas demeurer assurées auprès de l'assurance étrangère des soins déjà existante. Les cantons devront contrôler l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins des frontaliers exerçant une activité lucrative en Suisse. Comme les cantons délivrent une autorisation aux frontaliers, ils sont également en mesure de vérifier le respect de l'obligation de s'assurer de ce groupe de personnes. Il en va de même pour les personnes qui touchent des prestations de l'assurance-chômage suisse. Les cantons seront assistés dans leurs tâches d'information, à l'égard des bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse ou de rentes suisses, par les organes de l'assurance-chômage et les assureurs sociaux versant des rentes. En collaborant avec l'OFAS et les employeurs compétents, les cantons devront informer les frontaliers déjà au bénéfice d'une autorisation avant l'entrée en vigueur de l'Accord de leur obligation de s'assurer dans les trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de l'Accord. Les cantons doivent établir des circulaires d'information à l'intention des employeurs compétents. Il incombera ensuite aux employeurs d'informer leurs travailleurs frontaliers. L'OFAS n'établira pas de circulaires. En ce qui concerne l'information des frontaliers qui obtiendront une autorisation après l'entrée en vigueur de l'Accord, les cantons sont seuls compétents.

b) Par la suite, l'OFSP a expliqué dans des Informations du 12 juillet 2007, destinées aux assurances LAMal et à leurs réassureurs, aux gouvernements cantonaux et aux services cantonaux responsables du contrôle de l'obligation de s'assurer, concernant l'application de l'ALCP et de la convention AELE dans le domaine de l'assurance-maladie 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 état membre de l'UE/AELE (...). Selon l'ALCP, 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 ».

c) Du côté français, une circulaire n° DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002 de la Direction de la sécurité sociale, Division des affaires communautaires et internationales (ci-après : DACI), 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, règle notamment les modalités d'application de l'option individuelle. Elle prévoit 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 (point 3). 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. Lorsque la demande est déposée dans le délai de trois mois suivant l'entrée en vigueur par une personne qui était déjà assurée en France, celle-ci et sa famille sont exemptées de l'assurance rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de l'accord soit au 1^{er} juin 2002. Le demandeur doit lors de sa requête prouver qu'il est couvert ainsi que sa famille par une assurance-maladie en France pour la période commençant le 1^{er} juin 2002). Lorsque la demande est déposée en dehors du délai de trois mois, soit après le 1^{er} septembre 2002, l'exemption n'est plus possible (point 4). Le droit d'option unique est cependant lié au fait générateur de l'obligation d'assurance en Suisse. Ainsi, un nouveau droit d'option existe quand une situation nouvelle amène un nouveau fait générateur d'une obligation d'assurance au régime suisse. Une personne qui a demandé l'exemption ou y a renoncé, ne peut sans justes motifs revenir sur sa décision. De justes motifs peuvent exister lorsque la personne se trouve dans une nouvelle situation sans faute de sa part, (par exemple, si elle se fait exclure pour des raisons légales de l'assurance de son pays de résidence; point 5). Un nouvel exercice du droit d'option est cependant possible quand apparaît un nouveau fait générateur de l'obligation d'affiliation au régime suisse. Mis à part les cas d'arrivée d'un nouveau membre de famille lorsque l'intéressé n'a pas exercé auparavant son droit d'option (voir point 4 ci-dessus) et, bien sûr, de changement d'Etat de résidence entre la Suisse et la France, il ne peut y avoir de nouveau fait générateur lié à l'activité du travailleur ou à l'ancienne activité (chômeur, pensionné), qu'après une discontinuité dans l'obligation d'affiliation en Suisse, l'intéressé ayant été soumis à un autre régime entre temps. Ainsi, par exemple, le travailleur qui a cessé son activité en Suisse, qui est soumis entre temps au régime d'assurance-maladie français et qui reprend ensuite une nouvelle activité en Suisse peut à nouveau bénéficier du droit d'option. En revanche, si à la fin de son premier contrat, il reprend immédiatement un nouveau contrat de travail en Suisse, il n'y a pas discontinuité dans l'obligation d'affiliation au régime Suisse, l'option antérieure est maintenue. Il ne dispose pas d'un nouveau droit d'option (point 6).

8. A partir de 2008, les modalités de l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie entre la Suisse et la France dans le cadre de l'ALCP ont été explicitées dans une note conjointe des autorités compétentes suisses et françaises.

- a) Selon la note conjointe communiquée le 5 mars 2008 (document consultable à l'adresse : www.bag.admin.ch, sous la rubrique Assurance-maladie - Affaires internationales/UE/AELE - Obligation de s'assurer), si l'affiliation auprès d'un assureur français intervient après le délai de trois mois à compter du jour où les personnes qui résident en France mais qui travaillent en Suisse sont soumises au

régime suisse de sécurité sociale 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. Par conséquent, le droit d'option ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès d'une assurance sociale ou privée française mais comme une possibilité de ne pas s'affilier auprès d'un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis. Par ailleurs, tant qu'une personne n'est pas assurée auprès d'une institution française, elle reste obligatoirement assurée en Suisse. Il est à noter que le droit d'option peut être exercé chaque fois que la situation de l'intéressé est modifiée. Ainsi l'option effectuée par un travailleur frontalier peut être modifiée lorsqu'il devient pensionné ou rentier du régime suisse de sécurité sociale. Toutefois, l'option devra être effectuée dans les délais sous peine que le principe de l'assurance obligatoire en Suisse prévale. Les personnes soumises au régime suisse de sécurité sociale en raison de l'exercice de leur activité professionnelle doivent déposer une demande d'exception à l'obligation de s'assurer en Suisse auprès de l'autorité cantonale compétente de leur lieu de travail, qui statuera.

b) La note conjointe du 1^{er} février 2013, valable jusqu'au 31 mai 2014, a repris les principes précités tout en précisant que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Pour les personnes concernées, les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de pensionné. Les modifications d'état civil (mariage, divorce) ou les changements de composition de la cellule familiale (naissance ou décès d'un membre de famille) ne sont pas considérés comme de nouveaux faits générateurs. L'exemption de l'assurance suisse d'un travailleur frontalier ou d'un pensionné du régime suisse résidant en France est conditionnée 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, soit au titre de la CMU. Quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM 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. Les personnes ayant opté pour une assurance privée française doivent rester assurées dans le régime français d'assurance-maladie. Cette obligation concerne non seulement les personnes qui ont formellement exercé leur droit d'option en ayant été exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, mais aussi les personnes qui ont de facto exercé leur droit d'option en choisissant de s'assurer en France.

c) La note conjointe du 23 mai 2014 rappelle aux autorités françaises et suisses que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Elle précise que depuis le 1^{er} juin 2014, il n'est plus possible de choisir entre souscrire un contrat d'assurance-maladie privée

et l'Assurance maladie française. Les personnes qui ont opté avant le 1^{er} juin 2014 pour une couverture en France auprès d'une assurance privée bénéficient obligatoirement de l'Assurance maladie française à la date d'échéance de leur contrat qui ne peut aller au-delà du 31 mai 2015. La fin de cette dérogation ne rouvre pas le droit d'option entre la LAMal suisse et l'Assurance maladie française. L'option qui a déjà été exercée pour une couverture maladie en France a un caractère irrévocable. Elle rappelle les démarches à entreprendre et précise que l'affiliation a lieu exclusivement par l'inscription à la CPAM du lieu de résidence.

d) L'Accord du 7 juillet 2016 entre la Confédération suisse et la République française concernant l'assurance-maladie prévoit que du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017, les personnes qui sont assurées en France pour les soins en cas de maladie sans avoir formellement exercé leur droit d'option peuvent déposer une demande d'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse auprès des services cantonaux compétents. Les cantons doivent affilier à un assureur-maladie suisse toutes les personnes dont ils apprennent, après l'expiration du délai prévu à cet effet, qu'elles sont assurées en France sans avoir exercé formellement leur droit d'option. L'exercice du droit d'option doit s'effectuer à l'aide d'un formulaire établi conjointement qui fixe la procédure à suivre. L'Accord précise à nouveau que le droit d'option est définitif et irrévocable. Il rappelle quels sont les faits générateurs de l'exercice du droit d'option.

9. Selon l'art. 13 par. 2 let. a du règlement n° 1408/71 et l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, les personnes qui résident en France mais qui travaillent en Suisse sont soumises sauf exceptions à l'assurance-maladie suisse. En instaurant le droit d'option des travailleurs frontaliers, la France a fait usage de la possibilité qui lui était offerte d'assurer sur son territoire des personnes qui y résident et qui, normalement, devraient être assurées en Suisse en raison de l'activité qu'elles y exercent, et, partant, de les libérer de l'obligation d'assurance dans cet Etat. Le droit d'option constitue une dérogation au principe de la *lex loci laboris* ainsi que du principe de l'unicité du droit applicable. Par conséquent, en vertu de l'art. 2 al. 6 OAMal, il appartient aux frontaliers de déposer une requête pour être exemptés de l'obligation de s'assurer à la LAMal.

En résumé, selon l'ALCP et les règlements applicables, les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse doivent en principe s'assurer dans ce dernier 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). Ainsi, en fonction du droit d'option, les personnes qui résident en France et qui travaillent en Suisse peuvent être couvertes soit en Suisse, soit en France. Elles ont le choix entre le régime d'assurance-maladie suisse selon la LAMal et le régime de la CMU; jusqu'au 1^{er} juin 2014, elles pouvaient aussi, transitoirement, choisir une assurance privée en France (ATAS/58/2015 du 29 janvier 2015 consid. 5b/cc).

En l'espèce, la recourante ayant exercé son droit d'option le 24 juin 2002, il convient de déterminer si après avoir opté pour l'affiliation française, elle a bénéficié de faits générateurs d'un nouveau droit d'option.

10. Il ressort des notes conjointes successives des autorités compétentes que le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois et que le choix d'une couverture maladie en France a un caractère irrévocable, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne. Les faits générateurs de l'exercice du droit d'option se limitent à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de rentier.

En l'espèce, après avoir exercé son droit d'option le 24 juin 2002, la recourante – au bénéfice d'un permis G depuis avril 1999 qui a été renouvelé en juin 2008, puis le 9 août 2010 – s'est retrouvée au chômage du 1^{er} décembre 2004 au 14 juin 2006 et a perçu des prestations françaises de chômage à partir du 8 décembre 2004, au vu du délai de carence. Par la suite, elle a retrouvé un emploi à Genève qu'elle a exercé du 15 juin 2006 au 31 juillet 2007. Étant à nouveau au chômage dès le 1^{er} août 2007, elle a perçu des prestations françaises de chômage dès le 8 août 2007 avant de retrouver un emploi à Genève dès le 1^{er} mai 2008.

Au vu de cette situation de perte d'emploi en Suisse, suivie d'une période de plusieurs mois de chômage en France, puis d'une reprise d'activité en Suisse, la recourante remplissait le 15 juin 2006 et le 1^{er} mai 2008, les conditions pour exercer une nouvelle fois son droit d'option.

L'intimé ne le conteste pas mais considère que faute d'avoir demandé son affiliation à la LAMal dans les trois mois suivant la reprise de son activité en Suisse, la recourante ne peut pas invoquer sa période de chômage en France pour exercer à nouveau son droit d'option. En outre, elle soutient que la recourante ne peut pas se prévaloir d'un défaut d'information dès lors qu'elle a signé le formulaire concernant la couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers auquel était annexée une lettre d'information auxdits travailleurs.

Contrairement à ce que prétend implicitement l'intimé, le formulaire ainsi que la lettre d'information annexée ne mentionnent ni la possibilité d'exercer à nouveau le droit d'option en présence de faits générateurs, ni n'énumèrent lesdits faits générateurs. Or, il n'y a aucune raison que le devoir d'information des cantons concernant le droit d'option ne s'étende pas à la possibilité d'exercer à nouveau le droit d'option en présence de faits générateurs, de sorte que l'intimé n'a pas exercé correctement son devoir d'information. Partant, en l'absence d'information à ce sujet, l'on ne peut pas reprocher à la recourante de ne pas s'être manifestée auprès de l'intimé pour lui faire part de son changement de situation, respectivement de sa période de chômage en France. En outre, le fait que la recourante n'ait pas exercé à nouveau son droit d'option lors de sa reprise d'activité en Suisse, mais ait attendu huit ans avant de se manifester, n'a pas les conséquences qu'en tire l'intimé. En

effet, dans un tel cas, faute de requête visant à être exempté de son obligation de s'assurer, dans un délai de trois mois depuis le début de la reprise d'une activité lucrative en Suisse, le travailleur frontalier résidant en France est soumis d'office à la LAMal (cf. art. 2 al. 6 et 7 al. 8 OAMal). A ce sujet, dans un jugement récent du 29 février 2016 (p. 20) disponible sur Internet à l'adresse <http://frontalier.moncoachfinance.com/wp-content/uploads/2016/03/Jugement-du-Tribunal.pdf>, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale du Haut-Rhin a jugé que les travailleurs frontaliers ne peuvent être tenus responsables du comportement des Etats qui ont laissé perdurer pendant dix ans une notion de non droit, notamment la Suisse qui 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.

Par conséquent, la recourante n'a pas exercé son droit d'option faute d'avoir eu connaissance que la reprise d'une activité lucrative 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 en vertu de l'art. 6a LAMal. Il y a lieu de préciser qu'au bénéfice de prestations françaises de chômage à partir du 8 décembre 2004 et sans activité lucrative en Suisse jusqu'au 14 juin 2006, la recourante a été exemptée d'office de l'obligation de s'assurer en Suisse (cf. art. 2 al. 1 let. d OAMal). Il en va de même du 1^{er} août 2007 au 30 avril 2008. Par conséquent, la question du nouvel exercice du droit d'option ne se pose que dès le 1^{er} mai 2008.

En définitive, conformément à l'art. 1 al. 2 let. d OAMal, faute d'avoir exercé le droit d'option prévu par l'art. 2 al. 6 OAMal dans un délai de trois mois dès le 1^{er} mai 2008 (cf. Section A par 1 let. o ch. 3 b de l'annexe II à l'ALCP; art. 7 al. 8 OAMal), la recourante est soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie. Etant donné que la recourante ne s'est pas affiliée au plus tard le 31 juillet 2008, l'assurance déploiera ses effets à la date de l'affiliation en vertu de l'art. 7 al. 8 OAMal. Par conséquent, la chambre de céans invite l'intimé à procéder à l'affiliation d'office de la recourante auprès d'un assureur-maladie suisse en application de l'art. 6 al. 1 LaLAMal étant rappelé que, conformément à l'ATF 129 V 159 applicable par analogie, cette affiliation ne peut pas se faire avec effet rétroactif.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 décembre 2005 sera annulée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du SAM du 3 décembre 2015.
3. Dit que la recourante est soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie.
4. Invite l'intimé à procéder à l'affiliation d'office de la recourante auprès d'un assureur-maladie suisse.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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