

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3844/2023

ATAS/514/2024

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

**Arrêt du 26 juin 2024**

**Chambre 4**

En la cause

**A\_\_\_\_\_**

recourante

représentée par Maître Yves RAUSIS

contre

**SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO , Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après : la requérante ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1981, de nationalités suisse et allemande, est domiciliée à Genève depuis sa naissance selon la base de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : l'OCPM).
  - b.** Du \_\_\_\_\_ 1981 au 30 novembre 1986, la requérante a bénéficié d'une couverture d'assurance-maladie auprès de l'Organisation des Nations-Unies (ci-après : l'ONU), étant alors à la charge de sa mère, employée par cette organisation.
  - c.** Dès le 1<sup>er</sup> décembre 1986, la requérante, considérée comme étant désormais à la charge de son père, a été affiliée à l'assurance-maladie et accidents du personnel de l'Union internationale des télécommunications (ci-après : l'UIT).
  - d.** Dès lors que seuls 80% des frais médicaux étaient pris en charge par les assurances de l'ONU et de l'UIT, la requérante avait été affiliée, pour les 20% restants, auprès du Groupement de prévoyance et assurance des fonctionnaires internationaux (ci-après : le GPAFI) du \_\_\_\_\_ 1981 au 30 juin 1987, puis auprès de la Deutsche Krankenversicherung AG (ci-après : DKV) du 1<sup>er</sup> juillet 1987 au 31 décembre 2011.
  - e.** N'étant plus couverte par l'assurance de l'UIT dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la requérante est depuis cette date assurée, à 100%, auprès de DKV pour les risques de maladie et d'accident.
- B.**
- a.** Par courriel du 3 septembre 2021, la requérante s'est adressée au service de l'assurance-maladie (ci-après : le SAM ou l'intimé) dans le but de régulariser la situation et obtenir une dispense à l'obligation de s'assurer auprès d'une assurance-maladie suisse.
  - b.** Un échange de correspondance entre le SAM et la requérante s'est tenu entre le 5 mai 2022 et le 23 mai 2023
  - c.** Le 4 avril 2023, malgré la demande de dispense encore pendante, la requérante a été affiliée d'office auprès de CSS Assurances-Maladie SA.
- Ladite affiliation d'office a toutefois été suspendue le 20 avril 2023.
- d.** Par décision du 23 mai 2023, le SAM a refusé d'octroyer une dispense à la requérante, expliquant que DKV était une institution étrangère ne figurant pas parmi les assureurs-maladie admis à pratiquer l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Par ailleurs, dès lors que la requérante était de nationalité suisse et domiciliée en Suisse, elle n'entrait pas dans la catégorie des personnes pouvant bénéficier d'une dispense au sens de l'art. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102).

e. Le 29 juin 2023, sous la plume de son Conseil, la requérante s'est opposée à la décision précitée, considérant que celle-ci lésait ses droits et relevait d'une appréciation incorrecte, voire en opportunité des circonstances.

À l'appui de sa position, elle a notamment relevé que l'art. 2 al. 8 *ab initio* OAMal, qu'elle invoquait, n'excluait pas les personnes résidant en Suisse et/ou de nationalité suisse. Après avoir rappelé la jurisprudence et la doctrine en lien avec la disposition précitée, la requérante a expliqué qu'elle avait bénéficié, jusqu'au 31 décembre 2011, des assurances-maladie couvrant à 80% les fonctionnaires internationaux, complétées, pour les 20% restants, par GPAFI jusqu'au 30 juin 1987 puis par DKV. Dès qu'elle n'avait plus été couverte par l'assurance-maladie de l'UIT, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, elle s'était assurée à 100% auprès de DKV. Elle relevait, par ailleurs, que deux accidents survenus en 2017 et 2018 ainsi que son âge étaient de nature à l'empêcher de conclure une assurance complémentaire, ou du moins à entraîner des réserves multiples, voire des primes prohibitives. Compte tenu de ce qui précédait, une adhésion à l'assurance-maladie suisse était susceptible d'entraîner une dégradation de sa protection d'assurance et de la couverture des frais, aucune assurance complémentaire ayant la même étendue que la couverture proposée par DKV ne pouvant être conclue ou du moins ne pouvant l'être qu'à des conditions difficilement acceptables.

f. Par décision sur opposition du 19 octobre 2023, le SAM a confirmé sa décision du 23 mai 2023, expliquant que la requérante était domiciliée dans le canton de Genève depuis sa naissance. Or, selon une note de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) datée du 13 décembre 2017 et la jurisprudence fédérale, l'art. 2 al. 8 OAMal, dont elle demandait l'application, ne s'appliquait qu'aux personnes désireuses de s'établir en Suisse et venant ainsi de l'étranger ce qui n'était pas son cas. Par ailleurs, DKV ne prévoyait pas de prestations pour les maladies et accidents intentionnels, y compris leurs conséquences ainsi que pour les mesures de sevrage, y compris pour les cures de désintoxication, ce qui ne correspondait pas à la couverture d'assurance-maladie obligatoire suisse. Dans ces circonstances, la requérante ne disposait pas d'une assurance privée « étrangère », dont la couverture dépassait de beaucoup les prestations de l'assurance-maladie obligatoire suisse, de sorte que les conditions de l'art. 2 al. 8 OAMal n'étaient pas réunies. La requérante était donc tenue de s'affilier à une caisse-maladie suisse et c'était à juste titre qu'elle avait été affiliée d'office auprès de CSS Assurance-Maladie SA à compter du 1<sup>er</sup> avril 2023. Enfin, le SAM relevait que l'OAMal prévoyait expressément une exemption de l'assurance-maladie obligatoire pour les retraités des organisations internationales de nationalité suisse. Par ailleurs, la requérante, qui n'était plus assurée auprès de l'assurance-maladie d'une organisation internationale, ne pouvait pas non plus se prévaloir d'un motif de dispense en lien avec ce statut.

**g.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2023, l'assurée a demandé au SAM de préciser la notion de « maladies et accidents intentionnels » figurant dans sa décision sur opposition précitée.

**h.** Le 6 novembre 2023, l'assurée a encore transmis au SAM un courriel de DKV daté du même jour, reprenant le texte de l'art. 4 des conditions générales, libellé en ces termes :

« 4. Dans quels cas n'y a-t-il généralement aucune obligation de payer ?

Il n'y a aucune obligation de fournir des prestations :

- a) Pour des maladies, y compris leurs conséquences, ainsi que pour les conséquences, ainsi que pour les conséquences d'accidents et pour les décès causés par des événements de guerre ou reconnus comme blessures résultat du service militaire et qui ne sont pas expressément conclus dans la couverture d'assurance ;
- b) Pour les maladies et accidents causés intentionnellement, y compris leurs conséquences ;
- c) Pour les mesures de désintoxication, y compris les traitements de sevrage, à l'exception suivante :

Pour les mesures de désintoxication pour lesquelles aucun autre droit au remboursement des frais ou des avantages en nature n'existe, les prestations tarifaires seront accordées si nous l'avons accepté par écrit avant le début de la mesure. L'approbation peut être subordonnée à une évaluation des chances de succès par un médecin mandaté par nos soins. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, seuls les frais de prestations hospitalières générales sont remboursables. Le nombre de mesures de désintoxication ambulatoires et hospitalières remboursables est limité à trois mesures au total. Nous tenons compte des mesures de désintoxication antérieures.

**C. a.** Le 20 novembre 2023, sous la plume de son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 19 octobre 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, cela fait, à la reconnaissance de son droit à une dispense à l'obligation de s'affilier auprès d'un assureur-maladie en Suisse.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment évoqué une violation de son droit d'être entendue, dès lors que la décision sur opposition querellée avait été rendue sans qu'elle n'ait été entendue au préalable. Elle a ensuite repris ses précédents arguments, expliquant que l'affiliation à une caisse-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins entraînerait une péjoration de sa protection d'assurance, dès lors qu'elle pourrait, en raison de son état de santé, conclure une assurance complémentaire seulement très difficilement. Les atteintes consécutives aux deux accidents survenus en 2017 et 2018, à savoir notamment une coxalgie gauche chronique et des dorsalgies chroniques au décours de multiples fractures des processus épineux, nécessitaient un traitement de longue durée en ostéopathie et physiothérapie, ainsi que de nombreuses consultations médicales auprès de différents spécialistes. Or, les séances dispensées par les ostéopathes n'étaient pas prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, mais uniquement par certaines assurances complémentaires, selon la couverture convenue.

La recourante a également répété la position de DKV concernant les mesures de désintoxication et les traitements de sevrage.

Enfin, elle a considéré, s'agissant des autres prestations que celles liées aux accidents dont elle avait souffert, que la couverture proposée par DKV était, de manière générale, équivalente à celle proposée par l'assurance obligatoire des soins suisse.

**b.** L'intimé a répondu en date du 16 janvier 2024 et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

À l'appui de sa position, le service précité a notamment rappelé que la recourante était domiciliée dans le canton de Genève depuis sa naissance. Or, seules les personnes désireuses de s'établir en Suisse et venant de l'étranger pouvaient solliciter une dispense au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal. Par ailleurs, DKV ne prévoyait pas de prestations pour les maladies et les accidents causés intentionnellement, en d'autres termes, pour les tentatives de suicide, ce qui ne correspondait pas à la couverture d'assurance-maladie obligatoire suisse. En outre, selon les conditions d'assurance de DKV, les mesures de désintoxication étaient limitées à trois mesures, ce qui ne correspondait également pas à la couverture suisse. S'y ajoutait le fait de devoir obtenir un accord avant le début du traitement, lequel ne permettait pas de déduire une prise en charge sans conditions. Par conséquent, les conditions pour une dispense, au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal, n'étaient pas réunies et la recourante était tenue de s'assurer à l'assurance-maladie en Suisse. La première condition cumulative faisant défaut, il ne se justifiait pas d'examiner la deuxième condition, soit celle de son état de santé.

Enfin, l'intimé relevait que les dispositions légales ne garantissaient pas le droit d'être entendu avant de rendre une décision sujette à opposition. Dans tous les cas la recourante avait pu s'exprimer et se déterminer à plusieurs reprises par écrit.

**c.** Par réplique du 12 février 2024, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, considérant notamment que l'intimé ne pouvait appliquer la note de l'office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP) dans les cas impliquant des fonctionnaires internationaux et/ou leurs enfants, dès lors que ceux-ci n'étaient pas tenus de s'assurer auprès d'une caisse-maladie suisse, pour autant qu'ils soient affiliés à l'assurance de l'organisation internationale dont ils dépendaient. En tous les cas, elle avait vécu et travaillé durant deux ans environ (de septembre 2011 à décembre 2013) en France, de sorte que de ce point de vue, elle devait être considérée comme une personne venant de l'étranger.

La recourante a, en outre, relevé que la pertinence pratique de l'exclusion des maladies et accidents intentionnels était particulièrement faible et peu appliquée.

Enfin, elle a reproché à l'intimé de ne pas avoir examiné la seconde condition posée par l'art. 2 al. 8 OAMal, à savoir la difficulté, voire l'impossibilité, à conclure une assurance complémentaire de la même étendue que son assurance

actuelle. En effet, en raison de son historique médical et des frais importants entraînés, ainsi que d'un accident survenu le 15 janvier 2024, aucun assureur n'accepterait de conclure une assurance complémentaire avec elle, à moins de la soumettre à des primes prohibitives. Ainsi, la deuxième condition était également réalisée dans son cas.

**d.** Le 5 mars 2024, l'intimé a notamment relevé que selon les données de l'OCPM, la recourante avait toujours été domiciliée en Suisse. Selon une des pièces produites par la recourante, celle-ci aurait été soumise au régime général de la sécurité sociale française, de sorte qu'elle ne pouvait, par la suite, prétendre être restée soumise à la DKV, par le biais de l'art. 2 al. 8 OAMal.

Par ailleurs, quand bien même la pertinence pratique de l'exclusion des maladies et accidents causés intentionnellement était faible, il s'agissait tout de même d'une limitation, laquelle ne figurait pas dans la LAMal.

Enfin, dès lors qu'une des conditions cumulatives de la disposition précitée faisait défaut, il n'était pas nécessaire d'examiner la seconde condition.

**e.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur l'assujettissement de la recourante à l'assurance-maladie suisse à compter du 1<sup>er</sup> avril 2023, singulièrement sur l'existence d'un motif de dispense.
4. La recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, la décision sur opposition querellée ayant été rendue sans qu'elle n'ait pu apporter de plus amples informations.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

**4.1** A teneur de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), les parties ont le droit d'être entendues.

L'art. 42 LPGa formalise ce principe dans le cadre de la procédure en matière d'assurances sociales. Selon cette disposition, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

C'est le lieu de noter que l'exception au droit d'être entendu contenue à l'art. 42 LPGa se justifie parce que la procédure d'opposition, en tant que modalité de l'exercice du droit d'être entendu, permet précisément à la partie de faire valoir sa position (Anne-Sylvie DUPONT, Commentaire romand de la LPGa, 2018, n° 14 ad Art. 42).

**4.2** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C 1016/2009 du 3 mars 2010).

Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

**4.3** En l'espèce, le droit d'être entendu de la recourante n'a, de toute évidence pas été violé dans la mesure où elle a pu s'exprimer sur la décision de refus dans le cadre de la procédure d'opposition, et ainsi fournir toute pièce utile pour justifier sa demande de dispense.

Par ailleurs, quand bien même le droit d'être entendue de la recourante aurait été violé, la recourante a pu faire valoir ses arguments et fournir toute pièce utile devant la chambre de céans, soit une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, (ATF 126 V 132 consid. 2b et les références; voir également Moor, Droit administratif, vol. II, p. 190).

Une éventuelle violation aurait ainsi quoi qu'il en soit été réparée.

**5.** Il y a lieu désormais d'examiner les conditions d'une éventuelle dispense.

**5.1** L'assurance obligatoire des soins est fondée sur l'affiliation obligatoire : toute personne domiciliée en Suisse au sens des art. 23 à 26 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210) est tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie (ou être assurée par son représentant légal) dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile en Suisse ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal et 1 al. 1 OAMal ; cf. également l'art. 13 al. 1 LPGA ; sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1 et les références), quelle que soit sa nationalité (EUGSTER, Krankenversicherung, in SBVR, 2016, n° 35, cité ci-après : EUGSTER - SBVR).

Il n'y a cependant pas d'affiliation *ex lege*, au contraire d'autres assurances sociales (p. ex. l'AVS/AI, la LPP ou l'assurance-accidents obligatoire). C'est aux cantons qu'il incombe de veiller au respect de cette obligation et, s'il y a lieu, de procéder, conformément à l'art. 6 LAMal, à une affiliation d'office d'une personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (ATF 126 V 265).

**5.2** À teneur de l'art. 3 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes, notamment les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 de la loi du 22 juin 2007 sur l'état hôte (LEH - RS 192.12).

Faisant usage de cette délégation, l'autorité exécutive a distingué les groupes de personnes qui font d'emblée l'objet d'une exemption (exception automatique ou d'office) des personnes qui peuvent être exceptées en faisant la demande expresse auprès de l'autorité compétente (exemption sur requête ; par exemple, art. 2 al. 2 à 8 OAMal).

**5.2.1** Parmi les personnes qui sont exceptées d'office figurent notamment les diplomates et autres personnes qui jouissent de privilèges et d'immunités internationales (art. 6 OAMal).

En effet, aux termes de l'art. 6 al. 1 OAMal, les personnes bénéficiaires de privilèges, d'immunités et de facilités visées à l'art. 2 al. 2 let. a et c LEH notamment, à l'exception des domestiques privés, ne sont pas tenues de s'assurer. Elles peuvent demander à être soumises à l'assurance suisse.

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

Sont notamment considérés comme des bénéficiaires institutionnels au sens de l'art. 2 LEH les organisations intergouvernementales (Organisation des Nations

Unies [ONU], Association européenne de libre-échange [AELE], Organisation mondiale du commerce [OMC], etc.), les institutions internationales, les organisations internationales quasi gouvernementales, les missions diplomatiques ou d'autres organismes internationaux (cf. FF 2006 p. 7603 ss).

Sous la note marginale « personnes autorisées à accompagner », l'art. 20 al. 1 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur les privilèges, les immunités et les facilités, ainsi que sur les aides financières accordés par la Suisse en tant qu'État hôte du 7 décembre 2007 (OLEH - RS 192.121) précise que lesdites personnes bénéficient des mêmes privilèges, immunités et facilités que le titulaire principal qu'elles accompagnent lorsqu'elles font ménage commun avec lui. Parmi celles-ci figure notamment les enfants célibataires du titulaire principal jusqu'à l'âge de 25 ans (let. d). Les enfants célibataires âgés de plus de 25 ans du titulaire principal qui sont entièrement à la charge de celui-ci peuvent, à titre exceptionnel, être autorisé par le DFAE à accompagner le titulaire principal, lorsqu'elles font ménage commun avec lui (art. 20 al. 2 let. c OLEH).

**5.2.2** Les droits et obligations des enfants et du conjoint de fonctionnaires internationaux sont réglés à l'art. 6 al. 4 OAMAl.

À teneur de cette disposition, les personnes qui sont assurées avec une personne notamment mentionnée à l'al. 1 ou 3 auprès de l'assurance-maladie d'un bénéficiaire institutionnel visé à l'art. 2 al. 1 let. b OLEH notamment [institution internationale] et qui ne bénéficient pas elles-mêmes de privilèges ou d'immunités sont exceptées sur requête de l'obligation de s'assurer, pour autant que leur couverture d'assurance soit équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent du bénéficiaire institutionnel donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.

### **5.3**

**5.3.1** Parmi les personnes dispensées sur requête figurent notamment celles dont l'adhésion à l'assurance suisse engendre une nette péjoration de la protection d'assurance.

En effet, selon l'art. 2 al. 8 OAMal, sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables ; la requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

**5.3.2** L'art. 2 al. 8 OAMal ne peut être invoqué de manière générale par les personnes pour lesquelles le passage au système d'assurance suisse signifie, certes,

une couverture d'assurance plus onéreuse ou moins étendue, mais qui peuvent encore s'assurer au-delà du minimum obligatoire au moyen d'assurances complémentaires au sens de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) (même si ces assurances offrent globalement une protection moindre, mais que la personne concernée peut bénéficier de cette protection dans la mesure où elle est disponible en Suisse). En outre, cette disposition ne peut être invoquée que par les personnes qui, dans le cadre de l'offre d'assurance disponible en Suisse, ne peuvent conclure une assurance complémentaire - ou seulement à des conditions inacceptables - en raison de leur âge ou de leur atteinte à la santé; il s'agit d'éviter que ces personnes voient leur niveau de protection d'assurance diminuer, en raison de leur âge ou de leur état de santé, en entrant dans le système suisse (ATF 132 V 310 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.3).

L'art. 2 al. 8 OAMal ne doit pas servir à prévenir les simples désavantages subis par une personne du fait que le système suisse n'offre pas du tout ou pas aux mêmes conditions favorables la couverture d'assurance dont elle bénéficierait auparavant sous le système étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_921/2008 du 23 avril 2009 consid. 4.3). Toutefois, elle doit au moins éviter l'inconvénient résultant du fait qu'une personne ne peut pas utiliser les offres effectivement disponibles en Suisse en raison de son âge et/ou de son état de santé, ou ne peut le faire que dans des conditions difficilement supportables avant d'atteindre son niveau d'assurance étranger précédent (ATF 9C\_8/2017 consid. 8.5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_8/2017 du 20 juin 2017 consid. 2.2.1).

L'art. 2 al. 8 OAMal vise une catégorie spécifique de personnes - de fait, en particulier les rentiers affectés d'un état de santé préexistant qui sont désireux de s'établir en Suisse - susceptibles d'être exemptées. Il s'agit des personnes au bénéfice d'une assurance-maladie étrangère pour qui l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais dont elles disposent au moment de se rendre en Suisse, et dont on ne saurait exiger, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, qu'elles concluent une assurance complémentaire, soumise au droit privé et aux réserves qui l'accompagnent, afin de combler ces lacunes de protection. Cette disposition se démarque au travers de l'exigence que la couverture d'assurance offre une garantie non pas seulement équivalente, mais encore supérieure à la LAMal, et que la personne assurée soit empêchée de maintenir son standard de protection à l'aide de la souscription d'une assurance complémentaire, du fait de son âge et/ou de problèmes de santé antérieurs à son arrivée dans notre pays (Gregor CHATTON, Les exceptions à l'assurance obligatoire des soins: quelques points de contact entre le droit public et le droit privé, in RSAS 2011 p. 458 ; voir également Pierre-Yves GREBER, Bettina KAHIL-WOLFF, Ghislaine

---

FRÉSARD-FELLAY, Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, 2010, p. 80-81).

L'âge critique pour la conclusion d'une assurance complémentaire couvrant les soins stationnaires se situe à 55 ans (Gebhard EUGSTER in Erwin MURER/Hans-Ulrich STAUFFER [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*, n° 12 *ad* art. 3 LAMal – cité ci-après : EUGSTER).

Une prime d'assurance complémentaire suisse plus élevée ne suffit pas en soi à justifier une dispense d'adhérer à l'assurance suisse. En revanche, lorsque cette différence de coût s'explique par le fait que l'assureur complémentaire suisse augmente le montant des primes en fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance, il peut tout à fait en résulter une difficulté accrue, due à l'âge, de conclure une assurance complémentaire, ce qui peut être pertinent au regard de l'art. 2 al. 8 OAMal. Toutefois, même dans ce cas de figure, seule une différence de prime prohibitive par rapport au montant de la prime étrangère peut rendre « difficilement acceptable » la conclusion d'une assurance complémentaire suisse et donc justifier une exception à l'obligation de s'assurer (arrêt du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KV.2007.00043 du 30 août 2008 consid. 4.3.3, cité in EUGSTER, *op. cit.*, n° 12 *ad* art. 3 LAMal).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, compte tenu des dispositions restrictives de la loi sur l'obligation de s'assurer, il n'y a en règle générale pas de détérioration claire de la couverture d'assurance actuelle ou de la couverture des coûts actuelle au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal lorsque l'assurance existante ne couvre pas les frais de soins de manière à ce que les prestations selon l'art. 25a ainsi que l'art. 25 al. 2 let. a LAMal et l'art. 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) soient garanties - du moins approximativement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_875/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2 et consid. 3.3, avec renvois).

**5.4** Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 129 V 77 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 25/05 du 29 mars 2006 consid. 8.3).

## 6.

**6.1** Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6 al. 1 LAMal). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (art. 6 al. 2 LAMal).

À Genève, le SAM contrôle l'affiliation des assujettis (art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 ; LaLAMal - J 3 05). Le SAM statue également sur les exceptions à l'obligation d'assurance (art. 5 LaLAMal).

Les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux art. 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office (art. 6 al. 1 1<sup>re</sup> phr LaLAMal). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le SAM selon une clé de répartition fixée par le règlement (art. 6 al. 2 LaLAMal). Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille. L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (art. 6 al. 3 LaLAMal).

L'OCPM communique au SAM les départs, décès, arrivées et naissances, ainsi que les types de permis octroyés et leurs modifications (art. 4 du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 ; RaLAMal - J 3 05.01). Selon l'art. 5 RaLAMal, le service informe toute personne tenue de s'assurer et lui impartit, le cas échéant, un bref délai pour ce faire. À défaut d'affiliation dans ce délai, il ordonne l'affiliation d'office (al. 1). Le service n'est pas responsable du défaut d'assurance (al. 2). Le service affine d'office les personnes soumises à l'obligation d'assurance qui refusent ou négligent de s'affilier conformément à la loi fédérale (art. 6 al. 1 RaLAMal).

L'assureur auprès duquel l'affiliation d'office a lieu est choisi selon la clé de répartition fixée à l'art. 7 RaLAMal (art. 6 al. 2 RaLAMal). Selon cette disposition, les affiliations d'office sont réparties entre les assureurs-maladie selon des critères fixés par le service, qui garantissent une répartition équitable et le respect du principe de neutralité concurrentielle de l'État (al. 1). Cette répartition se fait proportionnellement à l'effectif des assurés connu et établi par l'OFSP (al. 2).

**6.2** Dans le cas des dispenses et autres exemptions, l'obligation de s'assurer à une assurance obligatoire des soins ne devient définitive que si aucune demande de dispense n'est faite ou si une telle demande est rejetée. Or, ni la LAMal ni l'OAMal ne contiennent de dispositions concernant le délai dans lequel les requêtes de dispense de l'assurance obligatoire doivent être déposées. Selon la doctrine, il convient donc d'appliquer les règles de procédure relatives à l'exercice par un frontalier de son droit d'option et la requête doit être présentée dans les trois mois qui suivent la naissance de l'obligation d'assurance en Suisse (EUGSTER, *op. cit.*, n° 63 et 101).

## 7.

**7.1** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle 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 (art. 61 let. c LPGA). 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 195 consid. 2 et les références; *cf.* 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2).

**7.2** Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a).

## 8.

**8.1** Jusqu'au 31 décembre 1995, l'assurance-maladie était facultative. Tel n'est plus le cas depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Depuis cette date, toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'assurer auprès d'une caisse-maladie suisse ou doit avoir été dispensée de cette obligation.

La recourante, de nationalité suisse et allemande, est née à Genève le \_\_\_\_\_ 1981, où elle est domiciliée depuis selon CALVIN, hormis possiblement, selon ses dires, une période de deux ans passée en France entre 2011 et 2013. De sa naissance au 31 décembre 2011, elle était couverte par les assurances-maladie de ses parents, fonctionnaires internationaux, à raison de 80%. Pour les 20% restants, elle était assurée par GPAFI du \_\_\_\_\_ 1981 au 30 juin 1987 puis par DKV du 1<sup>er</sup> juillet 1987 au 31 décembre 2011.

En d'autres termes, jusqu'au 31 décembre 1995, la recourante était assurée auprès de l'assurance-maladie de ses parents sur une base volontaire. En revanche, dès le 1<sup>er</sup> janvier 1996, elle aurait dû être obligatoirement assurée auprès d'une caisse-maladie suisse mais elle a, de toute évidence, bénéficié d'une dispense compte tenu du statut de fonctionnaires internationaux de ses parents (*cf.* art. 2 LAMal et 6 OAMal). En effet, conformément à l'art 6 al. 4 OAMal, afin de pouvoir bénéficier de la dispense, une requête a dû être formulée et les parents de la recourante ont dû rendre vraisemblable que l'assurance-maladie proposée par leur employeur offrait une couverture équivalente à l'assurance-maladie suisse.

Une telle dispense n'est toutefois valable que jusqu'au 25 ans de l'enfant, exceptionnellement au-delà, si celui-ci est toujours à la charge de ses parents (*cf.* art. 6 al. 4 OAMal *cum* art. 2 al. 2 let. c et 20 al. 1 let. d et al. 2 let. c OLEH) En d'autres termes, conformément au système voulu par le législateur suisse, dès qu'il a atteint l'âge de 25 ans ou dès qu'il n'est plus à la charge de ses parents, l'enfant d'un fonctionnaire international ne bénéficie plus de la dispense de l'obligation de s'assurer au sens de l'art. 6 OAMal.

C'est, selon toute vraisemblance, ce qui s'est passé lorsque la recourante a atteint sa trentième année. À partir de ce moment, elle n'était plus couverte par l'assurance de son père et, partant, ne pouvait plus bénéficier d'une dispense au sens de l'art. 6 al. 4 OAMal. En d'autres termes, avec l'avènement de sa trentième année, compte tenu de son domicile en Suisse, la recourante a à nouveau été soumise aux dispositions générales en matière d'assujettissement à l'assurance-maladie obligatoire. En effet, le législateur suisse a souhaité maintenir la possibilité d'une dispense uniquement pour les anciens fonctionnaires internationaux (*cf.* art. 6 al. 3 OAMal) et non pour leurs enfants, ces derniers basculant ainsi automatiquement dans le système général dès qu'ils ne sont plus considérés comme des personnes autorisées à accompagner au sens de l'art. 20 LEH (art. 6 al. 4 OAMal et 20 al. 1 let. d et al. 2 let. c OLEH *a contrario*).

À noter, dans ce contexte, que si la LaLAMal ne comporte pas de dispositions particulières en cas d'expiration d'une dispense, il n'en va pas de même, par exemple, des lois d'application vaudoise et neuchâteloise qui prévoient que les personnes au bénéfice d'une dispense dont les conditions d'octroi ne sont plus remplies sont tenues de s'affilier sans délai conformément à la loi (*cf.* art. 15e du règlement vaudois concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [RLVLAMal]; art. 24 du règlement neuchâtelois d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [RALILAMal]).

C'est donc avec effet au 31 décembre 2011 que la dispense octroyée à la recourante sur la base de l'art. 6 al. 4 OAMal a expiré et la recourante devait, dans un délai de trois mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, soit s'affilier à une assurance obligatoire de soins (art. 3 al. 1 LAMal) soit saisir le SAM d'une nouvelle requête de dispense (art. 3 al. 2 LAMal et art. 2 OAMal).

La recourante n'ayant entrepris aucune démarche pendant près de 10 ans, c'est à juste titre que l'intimé l'a affiliée d'office conformément à l'art. 6 al. 2 LAMal.

Toutefois, à teneur de l'art. 6 al. 4 LaLAMal, l'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée.

C'est dans ce contexte que la requête de dispense – même tardive – doit être examinée, étant précisé que l'affiliation d'office a été suspendue dans le cas d'espèce compte tenu de la demande de dispense en cours.

**8.2** À l'appui de sa demande de dispense, la recourante invoque l'art. 2 al. 8 OAMal, estimant qu'en s'affiliant à une caisse-maladie suisse pour l'assurance obligatoire des soins, elle subirait une péjoration de sa couverture d'assurance.

C'est le lieu de rappeler que la disposition précitée prévoit que sont exceptées sur requête les personnes dont l'adhésion à l'assurance suisse engendrerait une nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture des frais et qui, en raison de leur âge et/ou de leur état de santé, ne pourraient pas conclure une

assurance complémentaire ayant la même étendue ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables.

L'intimé réfute l'application de cette disposition, invoquant, d'une part, le fait que l'art. 2 al. 8 OAMal nécessite une arrivée depuis l'étranger, ce qui n'est pas le cas de la recourante et, d'autre part, le fait que la condition de la nette dégradation de la protection d'assurance ou de la couverture de frais n'est pas réalisée dans le cas de la recourante.

**8.2.1** S'agissant tout d'abord de la condition de l'arrivée en Suisse en provenance de l'étranger, force est de constater, avec le SAM, que dans sa lettre d'information aux assureurs-maladie du 13 décembre 2017, l'OFSP a effectivement exposé, au sujet de l'art. 2 al. 8 OAMal, que les cantons peuvent, sur requête, excepter de l'obligation de s'assurer les personnes venant de l'étranger et qui sont déjà bien couvertes par une assurance privée étrangère, à certaines conditions.

Dans son ATAS/657/2021 du 23 juin 2021 (consid. 9b), la chambre de céans a relevé que s'il ne ressortait pas de l'art. 2 al. 8 OAMal que cette disposition ne s'appliquait qu'aux personnes venant de l'étranger, cela résultait cependant de la systématique de cette ordonnance qui visait à régler, à l'art. 2, les situations de personnes qui s'installent en Suisse et devaient de ce fait changer d'assureur, sauf en ce qui concerne les agents de la Confédération soumis à l'assurance militaire (art. 2 al. 1 let. a OAMal). En effet, ce n'était que dans ces hypothèses que les personnes bénéficiaient d'une assurance à l'étranger, dès lors que toutes les personnes domiciliées en Suisse étaient en principe assujetties à l'assurance obligatoire de soins, sauf exceptions énumérées par la loi, qui n'étaient pas réalisées dans le cas qui lui était soumis. En effet, dans l'ATAS précité, la chambre de céans était amenée à examiner le cas de personnes, domiciliées en Suisse, travaillant certes pour une organisation internationale mais qui n'avaient jamais bénéficié de privilèges ou facilités au sens de l'art. 2 LEH ni d'un quelconque autre motif de dispense, et qui n'avaient dès lors, à tort, jamais été affiliées à une assurance-maladie suisse.

Telle n'est toutefois pas la situation de la recourante, étant donné qu'elle a bénéficié, pendant des années, d'une dispense à l'obligation de s'assurer, en raison de son statut d'enfant de fonctionnaires internationaux. Avec l'expiration de la dispense, la recourante s'est retrouvée, dans les faits, dans une situation similaire à celle d'une personne s'installant en Suisse, situation qui n'a pas été examinée ni même évoquée dans l'ATAS susmentionné.

Dans cette mesure, se pose donc la question de l'application de l'art. 2 al. 8 OAMal dans des cas où les conditions d'une dispense préalablement octroyée ne sont plus réalisées, comme c'est le cas en l'espèce.

Il n'est toutefois pas nécessaire de la trancher, dès lors que même en cas d'application de la disposition précitée, c'est à juste titre que le SAM a refusé

d'accorder une nouvelle dispense, comme cela ressort des considérations qui suivent.

**8.2.2** Sur le fond, la chambre de céans constate, à titre liminaire, qu'alors qu'il est question à l'art. 6 al. 4 OAMal, concernant les dispenses demandées pour les enfants d'un fonctionnaire international, d'une « couverture d'assurance équivalente » pour les traitements en Suisse, l'art. 2 al. 8 OAMal invoqué par la recourante requiert une protection d'assurance plus étendue, soit une assurance privée, dont la couverture va au-delà des prestations de la LAMal.

En d'autres termes, dans le cadre de la dispense fondée sur l'art. 6 al. 4 OAMal, dont la recourante a bénéficié jusqu'au 31 décembre 2011, la couverture d'assurance devait être équivalente. En revanche, afin de pouvoir bénéficier, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, d'une nouvelle dispense, cette fois-ci sur la base de l'art. 2 al. 8 OAMal, la couverture d'assurance invoquée par la recourante doit aller au-delà des prestations de la LAMal.

Cela étant précisé, il y a lieu de rappeler que pour pouvoir bénéficier d'une dispense fondée sur l'art. 2 al. 8 OAMal, la recourante doit rendre vraisemblable, d'une part, que sa couverture d'assurance étrangère offre une garantie supérieure à la LAMal et, d'autre part, qu'elle est empêchée de maintenir son standard de protection en concluant une assurance complémentaire et ce en raison de son âge et/ou de problèmes de santé antérieurs à son arrivée en Suisse, ces deux conditions étant cumulatives.

Or, force est de constater que selon les conditions générales de DKV, produites par la recourante, les mesures de sevrage et cures de désintoxication ne sont prises en charge que de manière limitée, sur autorisation préalable lorsqu'il s'agit de la première mesure et pour trois mesures au maximum (*cf.* art. 4 let. c des conditions d'assurance, produites en annexe à la demande de dispense, sous pièce 5, rec.). Quant aux maladies et accidents causés intentionnellement, ils sont exclus de la couverture d'assurance (art. 4 let. b des conditions précitées). Il en va de même des maladies, accidents et décès, causés par des événements de guerre (*cf.* art. 4 let. a des conditions précitées).

Si la recourante admet l'existence de ces exclusions, elle les considère comme non pertinentes pour examiner sa demande de dispense.

Le Tribunal fédéral a examiné, à deux reprises, la question d'une lacune de couverture au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal, dans le cas de conditions générales excluant ou limitant les prestations pour des maladies dues, notamment, à des événements de guerre prévisibles ou à des actes intentionnels, ainsi que dans le cas de mesures de sevrage et de cures. S'il a certes considéré qu'il s'agissait de risques dont l'évitement dépendait en grande partie de la volonté de l'assuré et qui, compte tenu de sa situation personnelle, pouvaient être considérés comme faibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_510/2011 du 12 septembre 2011 consid. 4.4.3), il n'a pas tranché la question de savoir si l'absence de prestations, notamment pour

les mesures de sevrage en cas de dépendance, constituait une lacune importante dans la couverture d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_510/2011 précité et 9C\_146/2023 du 10 mai 2023 consid. 5.5.3).

Cette problématique a été examinée par EUGSTER (Basler Kommentar zum KVG/KVAG, 2020, n° 75 et 76 ad Art. 3 : cité ci-après EUGSTER BAKO) en lien avec l'équivalence des couvertures d'assurance au sens de l'art. 2 al. 2, 4 et 7 OAMal et le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich (*cf.* arrêts du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich KV.2022.00038 du 15 novembre 2022 consid. 3.4, KV.2020.00076 du 27 janvier 2021 consid. 4.4 ou encore KV.2021.00008 du 11 mai 2021 consid. 4.6). EUGSTER et la juridiction zurichoise ont ainsi estimé, dans ce contexte, que l'absence de prestations pour les mesures de sevrage en cas de dépendance constituait une lacune importante dans la couverture d'assurance.

En revanche, toujours en lien avec l'équivalence des couvertures d'assurances, EUGSTER a considéré que les exclusions de couverture de nature secondaire pour des risques plutôt théoriques (comme les atteintes à la santé consécutives à des troubles de guerre en Suisse) ou pour des faits extrêmement rares (comme les atteintes à la santé provoquées intentionnellement) étaient marginales et donc sans importance (EUGSTER - BAKO, n°76 ad Art. 3).

C'est le lieu de rappeler que les remarques de EUGSTER ont été formulées en lien avec la condition de l'équivalence prévue par l'art. 2 al. 2, 4 et 7 OAMal. Or, pour pouvoir invoquer un motif de dispense au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal, la personne requérante doit bénéficier d'une couverture d'assurance supérieure à celle proposée par la LAMal et non pas seulement équivalente. En d'autres termes, la couverture d'assurance étrangère doit englober les prestations de la LAMal et les améliorer. Ainsi, une restriction qui constitue une lacune importante dans le cadre de l'examen de l'équivalence entre deux assurances l'est encore plus lorsque l'assurance étrangère doit être supérieure à la LAMal au sens de l'art. 2 al. 8 OAMal. En revanche, une lacune qui est de peu d'importance et qui pourrait être considérée comme non pertinente dans le cadre de l'examen de l'équivalence entre deux assurances, comme semble le préconiser EUGSTER, ne saurait être considérée comme telle lorsque la couverture d'assurance étrangère doit être supérieure à celle proposée par la LAMal, ce qui signifie qu'elle doit au moins inclure les prestations proposées par la LAMal.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que, dès lors que la LAMal ne connaît pas de restrictions de montant, de durée ou encore d'exclusions de prise en charge des mesures de sevrage en milieu hospitalier, des maladies ou accidents causés intentionnellement ou survenant dans un contexte de conflit armé, à l'exception de la quote-part et de la franchise, l'exclusion des prestations ou la limitation de la prise en charge pour de telles atteintes constitue, par rapport aux prestations obligatoires de la LAMal, une restriction importante de la couverture d'assurance de l'assurance-maladie étrangère de la recourante. Le fait

que la pertinence pratique de cette exclusion soit particulièrement faible et peu appliquée n'y change rien, étant donné que la couverture proposée par l'assurance étrangère doit être supérieure et non pas juste équivalente à celle de la LAMal.

Enfin, la chambre de céans relèvera encore que si l'équivalence fait défaut, l'art. 2, al. 8 OAMal ne peut pas s'appliquer même si l'assujettissement à l'assurance-maladie obligatoire a pour conséquence que l'assuré perde la couverture d'assurance étrangère pour un traitement en cours ou à venir qui n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (cdd. Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 3).

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que le SAM a considéré que la couverture d'assurance proposée par DKV n'était pas équivalente - et encore moins supérieure - à la couverture proposée par la LAMal, de sorte que la condition de la détérioration évidente de la couverture d'assurance n'est pas remplie.

La première condition cumulative n'étant pas réalisée, le SAM n'avait pas à examiner la seconde. Cela étant, dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relèvera tout de même, s'agissant de la seconde condition, que la recourante est encore loin de l'âge considéré comme critique par la jurisprudence fédérale (55 ans) pour la conclusion d'une assurance complémentaire, puisqu'au jour de la demande de dispense, elle était âgée de 41 ans. En outre, les problèmes de santé doivent être antérieurs au passage dans le système suisse soit, dans le cas de la recourante, antérieurs au 31 décembre 2011 (expiration de la dispense octroyée sur la base de l'art. 6 al. 4 OAMal), ce qui n'est pas le cas, dès lors que les accidents ayant entraîné les atteintes au dos datent de 2017 et 2018. Il en va de même si l'on devait retenir un retour à Genève en 2013 en provenance de France. Même dans une telle hypothèse, les problèmes de santé que la recourante invoque désormais à l'appui de sa dispense sont postérieurs.

Ainsi, même si la recourante avait rendu vraisemblable une détérioration de sa couverture d'assurance (première condition), l'impossibilité de conclure une assurance complémentaire ne saurait être due ni à son âge ni à des problèmes de santé antérieurs au passage dans le système suisse, de sorte que la deuxième condition ferait également défaut.

**8.3** Eu égard à ce qui précède, force est de constater que la recourante ne remplit pas les conditions de l'art. 2 al. 8 OAMal, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté sa demande de dispense.

Partant, la décision sur opposition doit être confirmée.

**9.** Le recours doit donc être rejeté.

La recourante, qui succombe, ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGa *a contrario*).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Catherine TAPPONNIER

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