



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1653/2003-2-LAMal

ATAS/58/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**2<sup>ème</sup> chambre**

**du 1<sup>er</sup> février 2005**

En la cause

**Monsieur D** \_\_\_\_\_, mais comparant par Me RECORDON, avocat  
en l'Etude duquel il élit domicile

recourant

et

**Madame A** \_\_\_\_\_ **P** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ et ses filles **L., E. et  
I. A** \_\_\_\_\_ **P** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_, toutes domiciliées chez  
Madame B \_\_\_\_\_, 26, chemin Briquet, 1209 Genève, mais  
comparant par Me RECORDON, avocat en l'Etude duquel elles élisent  
domicile

recourantes

contre

**SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE**, 62, route de Frontenex,  
1207 Genève

intimé

**Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS , Présidente, Mmes Juliana BALDE et Maya  
CRAMER, juges.**

**EN FAIT**

1. Monsieur D \_\_\_\_\_, ressortissant américain, a travaillé au sein de la Banque Y \_\_\_\_\_ de 1980 à 1993. Il bénéficiait à ce titre de l'assurance-maladie de son employeur, de même que toute sa famille.
2. En 1993, l'intéressé a été engagé en tant que professeur à l'Université de Genève et s'est installé en Suisse. Entre 1993 et 1998, il était en congé sans traitement de la Banque Y \_\_\_\_\_ et a ensuite pris sa retraite de cette organisation en 1998.
3. A la demande du SERVICE DE L'ASSURANCE-MALADIE (ci-après : SAM), l'intéressé a transmis par télécopie du 4 avril 2001 une copie d'une carte de membre du plan d'assurance-maladie de la Banque Y \_\_\_\_\_ délivrée par V \_\_\_\_\_ et valable pour lui-même, son épouse, ainsi que deux de ses filles, L. et E.
4. Le 13 février 2002, le SAM a informé l'intéressé que cette assurance ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis en Suisse et lui a demandé de lui transmettre une attestation de son nouvel assureur lui garantissant la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques. A défaut de nouvelles de sa part dans un délai d'un mois, le SAM a informé l'intéressé qu'il serait affilié d'office au régime de l'assurance-maladie obligatoire.
5. Bien qu'il n'ait pas répondu à ce courrier, l'intéressé n'a pas été affilié d'office.
6. Au mois de mars 2003, l'épouse de l'intéressé est arrivée en Suisse avec leurs trois filles et le SAM a procédé au contrôle de leur affiliation à l'assurance-maladie obligatoire. Par courrier du 20 mai 2003, ce service leur a imparti un délai de trois mois pour lui faire parvenir une copie de leur certificat d'assurance.
7. Le 2 juin 2003, Madame D \_\_\_\_\_ a fait parvenir au SAM un certificat d'assurance établi le jour même par Z \_\_\_\_\_ indiquant que toute la famille était couverte pour les dépenses de santé selon les dispositions du Plan prévu pour les employés de la Banque Y \_\_\_\_\_. Monsieur D \_\_\_\_\_ bénéficiait de ce plan en tant que retraité de cette organisation.
8. Par décision du 10 juin 2003 intitulée « refus de dispense », le SAM a informé Madame D \_\_\_\_\_ que cette assurance ne figurait pas parmi les assureurs-maladie admis en Suisse et lui a demandé de conclure un contrat avec un assureur suisse dans les meilleurs délais. Son cas n'entrait pas dans les catégories permettant de bénéficier d'une dispense d'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire des soins. A défaut de nouvelles de sa part dans un délai d'un mois, le SAM l'a informée qu'elle et ses filles seraient affiliées d'office.

9. Le 9 juillet 2003, l'intéressée s'est opposée à cette décision et a fait parvenir au SAM une télécopie attestant que la couverture d'assurance dont la famille bénéficiait auprès de Z\_\_\_\_\_, qui administrait le programme pour le compte de la Banque Y\_\_\_\_\_ en faveur des bénéficiaires en dehors des Etats-Unis, ne coûtait que 350 US\$ par mois pour 5 personnes et assurait une couverture de 80 à 100 % des frais encourus dans le monde entier avec une franchise basse. Il n'était pas possible de trouver une couverture comparable à ce prix en Suisse. La demande devait donc être réexaminée par le SAM et une dispense pouvait être envisagée.
10. Par courrier du 24 juillet 2003, Madame D\_\_\_\_\_ a confirmé les termes de sa télécopie et précisé que la prime pour la famille s'élevait à 483.60 US\$.
11. Par décision sur opposition du 4 août 2003, le SAM a confirmé sa décision de refus de dispense pour le motif que Madame D\_\_\_\_\_ n'en remplissait pas les conditions. Ainsi, l'adhésion à l'assurance suisse n'engendrerait pas une nette dégradation de sa protection d'assurance ou de sa couverture des frais et il n'était pas démontré qu'en raison de son âge ou de son état de santé il lui serait difficile ou impossible de conclure une assurance complémentaire ayant la même étendue.
12. Le même jour, le SAM a informé Monsieur D\_\_\_\_\_ qu'il attendait toujours de sa part un certificat d'un assureur admis à pratiquer l'assurance-maladie obligatoire en Suisse.
13. Le 4 septembre 2003, Monsieur D\_\_\_\_\_ a déposé auprès du SAM une demande de dispense de l'assurance-maladie obligatoire pour lui-même et sa famille en tant qu'ancien fonctionnaire international bénéficiant auprès du système d'assurance maladie de son ancienne organisation d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse. Il expliquait remplir les conditions légales permettant de bénéficier de cette dispense.
14. Par acte du 4 septembre 2003, Madame D\_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition du SAM du 4 août 2003, concluant à son annulation et à ce qu'elle-même et ses filles soient exemptées de l'assurance obligatoire des soins. Son mari remplissait les conditions lui permettant de bénéficier d'une exemption et en tant que membre de la famille de celui-ci, elle-même et ses filles devaient également en bénéficier. Le SAM n'aurait pas dû se prononcer sur leur sort sans tenir compte du cas de Monsieur D\_\_\_\_\_, lesquels étaient intimement liés. La procédure devait être suspendue dans l'attente de la décision concernant la demande de son mari. Cette cause a été enregistrée sous le n° A/1653/2003.
15. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2003, le SAM a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que le terme « ancien fonctionnaire international » devait être interprété de manière restrictive et ne saurait s'appliquer à l'époux de la recourante. En effet, il ne visait que les personnes n'exerçant plus d'activité lucrative et dont le dernier

---

employeur était une organisation internationale. Par ailleurs, la preuve que Monsieur D \_\_\_\_\_ bénéficiait d'une couverture analogue auprès du système d'assurance-maladie de son ancien employeur n'avait pas été apportée. Le catalogue des soins couverts ne devait pas être strictement identique, mais l'assurance pour laquelle l'assuré délaissait la couverture obligatoire ne devait pas présenter de lacune significative. Dans le cas d'espèce, aucun catalogue n'avait été joint à la demande d'exemption et aucune période d'assurance n'avait été donnée au SAM. Monsieur D \_\_\_\_\_ ne pouvant bénéficier de l'exemption, il en allait de même pour ses filles. Par ailleurs, la nouvelle demande ne pouvait être traitée par le SAM en tant qu'elle concernait l'épouse de l'intéressé et ses filles pour lesquelles la cause était déjà pendante par-devant le Tribunal. Le SAM indiquait également n'avoir pas traité toute la famille dans le cadre d'une seule et même décision en raison de la demande tardive de l'intéressé par rapport au reste de sa famille. La suspension de la procédure ne semblait pas nécessaire. Enfin, la recourante n'ayant jamais invoqué le moyen de droit dont elle se prévalait au cours de la procédure administrative, elle ne saurait se voir attribuer des dépens en cas d'admission de son recours.

16. Par décision du 13 novembre 2003, le SAM a rejeté la demande d'exemption de Monsieur D \_\_\_\_\_. S'agissant de la partie de sa demande concernant son épouse et ses filles, elle était irrecevable, puisque la question avait déjà été traitée et qu'elle était pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. En ce qui le concernait, le demandeur ne pouvait pas être considéré comme un « ancien fonctionnaire international », notion qui devait s'interpréter restrictivement. De plus, il n'avait pas amené la preuve qu'il bénéficiait auprès du système d'assurance maladie de son ancien employeur d'une couverture d'assurance analogue et la dérogation n'avait de sens que si l'intéressé bénéficiait à peu de chose près de la même protection auprès d'une autre assurance. Enfin, la copie de sa carte de membre ne permettait pas de connaître le catalogue des prestations offertes par l'assurance, ni la période d'assurance, et deux noms d'assurance différents avaient été donnés au SAM, qui ne pouvait pas déterminer qui était réellement l'assureur concerné.
17. Par arrêt du 2 décembre 2003, le Tribunal de céans a suspendu l'instance A/1653/2003 jusqu'à droit connu dans la procédure d'exemption concernant Monsieur D \_\_\_\_\_, voire jusqu'au dépôt d'un recours par celui-ci.
18. Le 15 décembre 2003, Monsieur D \_\_\_\_\_ s'est opposé à la décision du 13 novembre 2003 du SAM, concluant à son annulation et à ce qu'il soit exempté de l'assurance-maladie obligatoire suisse, de même que sa famille. La Banque Y \_\_\_\_\_ autofinçait son propre système d'assurance maladie, qui était administré par V \_\_\_\_\_ aux Etats-Unis et par Z \_\_\_\_\_ pour l'option internationale. La couverture assurait entre 80 et 100 % des frais encourus dans le monde entier avec une franchise annuelle individuelle de 350 US\$ et familiale de

700 US\$. Le catalogue des prestations était plus étendu que celui de l'assurance maladie obligatoire en Suisse. La notion d'« ancien fonctionnaire international » n'était pas une notion juridique indéterminée sujette à interprétation, de sorte que Monsieur D \_\_\_\_\_ devait être reconnu comme tel. Par ailleurs, il remplissait les autres conditions lui permettant d'être exempté de l'assurance obligatoire, soit être au bénéfice du système d'assurance-maladie de son ancien employeur et ce système assurait une couverture analogue pour les traitements en Suisse. Le fait que certaines prestations n'étaient pas couvertes à 100 % était largement compensé par la prise en charge d'autres prestations non couvertes en Suisse.

19. Par décision du 29 janvier 2004, le SAM a rejeté l'opposition. L'opposant ne bénéficiait pas de la qualité d'ancien fonctionnaire international et sa couverture d'assurance-maladie n'était pas suffisante. Les copies des cartes de membre ne faisaient référence à aucune période d'assurance et le SAM ignorait toujours quel régime d'assurance s'appliquait dans son cas. Enfin, le formulaire d'équivalence de couverture avait été renvoyé sans la signature de l'intéressé, ni celle de son assureur.
20. Par acte du 3 mars 2004, Monsieur D \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant principalement à son annulation et à ce qu'il soit exempté de l'assurance-maladie obligatoire. Il a rappelé qu'il remplissait la condition d'« ancien fonctionnaire international » qui ne nécessitait aucune interprétation. Une identité totale entre les couvertures d'assurance était pratiquement impossible et il y avait lieu de retenir que l'assurance pour laquelle l'intéressé délaissait la couverture obligatoire ne devait pas présenter de lacune significative par rapport à cette dernière. Son assurance lui permettait de bénéficier de nombreuses prestations et d'un mécanisme avantageux de plafonnement des coûts non couverts, ce qui compensait le fait que la couverture n'était que de 80 %. Cette cause a été enregistrée sous le n° 425/2004.
21. Dans sa réponse du 6 avril 2004, le SAM a conclu au rejet du recours. Le recourant avait tardé à fournir des renseignements sur son plan d'assurance et certaines des indications données étaient inexactes, voire incomplètes, de sorte qu'un examen de l'analogie de la couverture d'assurance était impossible. Pour le surplus, le SAM a rappelé que le recourant ne remplissait pas les conditions lui permettant de bénéficier de l'exemption. De plus, le formulaire d'équivalence de couverture n'avait été signé ni par l'assureur, ni par le recourant. Enfin, selon les statuts du plan d'assurance médical de la Banque Y \_\_\_\_\_, il apparaissait que les retraités ayant choisi l'option internationale du plan d'assurance avaient l'obligation d'adhérer à un système de santé qui offrait le même niveau de couverture d'assurance maladie que celui prévu par l'assurance maladie des indigènes de leur pays de résidence, ce qui l'obligerait à s'affilier selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

A l'appui des ses écritures, le SAM a déposé plusieurs pièces, dont un courrier du 19 décembre 2003 de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) à la Mission permanente de la Suisse auprès des Nations Unies concernant la question de l'exemption des fonctionnaires internationaux et des membres de leur famille.

22. Par ordonnance du 8 avril 2004, le Tribunal de céans a ordonné la reprise de l'instance dans la cause concernant Madame D\_\_\_\_\_ et ses filles, joint les recours sous la cause n° A/1653/2004 et fixé aux recourants un délai pour déposer leurs écritures.
23. Dans leur réplique du 6 mai 2004, les recourants ont persisté dans leurs précédentes écritures et ajouté que le formulaire mis en cause par le SAM ne pouvait se voir accorder aucun crédit selon l'OFAS en raison d'une erreur de montant et parce qu'il n'envisageait qu'une identité des prestations et non une analogie. Par ailleurs, les questions relatives à l'obligation d'assurance et aux régimes d'exception étaient réglées exhaustivement par le droit fédéral. En effet, une analogie totale des prestations était impossible dans les faits, de sorte que la jurisprudence citée par le SAM rendait illusoire les possibilités de bénéficier d'une exemption. La couverture offerte par Z\_\_\_\_\_ était globalement équivalente, voire plus avantageuse que celle offerte par l'assurance-maladie obligatoire suisse. Enfin, l'article des statuts du plan d'assurance de la Banque Y\_\_\_\_\_ cité par le SAM n'avait vocation à s'appliquer qu'aux personnes domiciliées dans des Etats connaissant un système de santé exclusivement étatique, ce qui n'était pas le cas en Suisse, dans la mesure où les caisses-maladies étaient des organismes privés.
24. Par duplique du 15 juin 2004, le SAM a indiqué que l'obligation de joindre un formulaire de contrôle d'équivalence signé par l'assuré et son assurance découlait de la loi. L'erreur figurant sur le formulaire utilisé en l'espèce n'avait pas pour effet de l'invalider totalement. Par ailleurs, l'exigence de l'identité des prestations ne rendait pas illusoire les possibilités d'être exempté, l'OFAS ayant jugé que l'analyse faite de cette question par le Tribunal administratif de Genève était fort judicieuse. Enfin, l'assurance-maladie obligatoire suisse constituait un système national de sécurité sociale puisque cette assurance avait été déclarée obligatoire. Pour cette raison, les statuts du plan d'assurance obligeaient les recourants à s'affilier au système de santé national.
25. Le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 13 juillet 2004. A cette occasion, les parties ont procédé à un échange de vues et un nouvel échange d'écritures a été autorisé.
26. Par écritures du 31 août 2004, les recourants ont persisté dans leurs conclusions. Pour le surplus, il se sont opposés à une éventuelle affiliation rétroactive à l'assurance-maladie suisse comprenant le paiement rétroactif des primes y relatives, pour le motif que le SAM avait tardé à procéder au contrôle de l'affiliation de Monsieur D\_\_\_\_\_. Durant toutes ces années, les recourants n'avaient cessé

de payer des primes auprès de leur propre assureur. Même si les recours étaient rejetés, la position des recourants n'apparaissait pas abusive et il serait donc choquant qu'ils soient condamnés à s'affilier rétroactivement. Les décisions contestées n'allaient aucunement en faveur d'une affiliation rétroactive. En raison des recours pendants, les décisions n'étaient pas entrées en force et une décision d'affiliation rétroactive constituerait une réformation au détriment des recourants pour laquelle une procédure particulière devait être respectée par le Tribunal. Cas échéant, une éventuelle affiliation ne pourrait leur être imposée qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours après l'entrée en force du jugement du Tribunal et cela sans aucune rétroactivité.

27. Par écritures du 16 septembre 2004, le SAM a relevé que la question de la rétroactivité ne faisait pas l'objet des décisions entreprises. Toutefois, ces décisions avaient pour conséquence d'obliger les recourants à se conformer à la législation fédérale en vigueur et une décision d'affiliation rétroactive pouvait être prise ensuite par la caisse-maladie. La conclusion subsidiaire des recourants concernant la rétroactivité était donc irrecevable. Par ailleurs, les recourants remplissant les conditions de la LAMal depuis les mois de février 2002 pour l'époux et depuis juin 2003 pour l'épouse et ses filles, il était faux de prétendre que la reconnaissance de ce fait constituerait une réformation à leur détriment. Enfin, la solution proposée par les recourants en cas de rejet des recours était inadmissible et contraire au droit fédéral, puisque le respect du droit suisse obligeait une personne à s'affilier dans un délai de trois mois à compter de sa prise de domicile en Suisse.
28. Par pli du 22 septembre 2004, cette écriture a été transmise aux recourants par le Tribunal de céans et la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Gran Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Interjeté dans les délai et forme imposés par la loi le recours est recevable (art. 1 LAMal et 56 à 60 LPGA).
4. La question principale qui se pose est de savoir si Monsieur D\_\_\_\_\_ peut être considéré comme un ancien fonctionnaire international et si l'assurance maladie dont bénéficient les recourants auprès de Z\_\_\_\_\_ leur offre une couverture analogue à l'assurance-maladie obligatoire suisse, ce qui leur permettrait de bénéficier d'une exemption.
5. Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile. Le Conseil fédéral peut cependant excepter certaines catégories de personnes de l'assurance obligatoire, notamment les employés d'organisations internationales (art. 3 al. 1 et 2 LAMal).

Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. 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).

S'agissant des personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international, le Conseil fédéral a prévu pour les fonctionnaires internationaux la possibilité d'être soumis à l'assurance suisse s'ils en font la demande (art. 6 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Pour les anciens fonctionnaires internationaux, le système est inverse. Ainsi, selon l'art. 6 al. 3 OAMal, les anciens fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille sont, à leur demande, exemptés de l'assurance obligatoire s'ils bénéficient auprès du système d'assurance-maladie de leur ancienne organisation d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent de l'organisation internationale donnant tous les renseignements nécessaires.

Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants de moins de 18 ans révolus et ceux de moins de 25 ans révolus qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage (art. 3 al. 2 OAMal).

Le catalogue des prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire se trouve à l'art. 25 LAMal. Comme on vient de le voir, la loi fédérale ne permet l'exemption de l'assurance obligatoire que si une prise en charge analogue est offerte par l'assurance du demandeur.

Les questions relatives à l'obligation d'assurance et aux régimes d'exception sont réglées exhaustivement par le droit fédéral (RAMA 1999 KV 81, p. 340). La jurisprudence n'a eu que très peu l'occasion de les examiner, et semble-t-il jamais en ce qui concerne l'application de l'art. 6 al. 3 OAMal.

Selon un arrêt du Tribunal administratif du 13 mars 2001 en la cause A/330/2000, la couverture d'assurance dont bénéficie un ancien fonctionnaire international auprès de l'organisation pour laquelle il travaillait doit correspondre au catalogue de l'art. 25 al. 2 LAMal « pour l'essentiel »; c'est le sens du terme "analogue" employé à l'art. 6 al. 3 OAMal, dont le Petit Robert (dictionnaire de la langue française, Paris 1992) donne pour synonymes les termes de "correspondant" ou "équivalent", lesquels se distinguent de la notion d'identité, pour ce qui est "parfaitement semblable" (eodem loco). Une identité des couvertures d'assurance - très improbable par ailleurs - n'est donc pas requise pour obtenir l'exemption de l'assurance suisse, mais il n'en demeure pas moins, dans la logique du régime obligatoire, que l'assurance pour laquelle l'intéressé délaisse la couverture de la LAMal ne doit pas présenter de lacune significative par rapport à cette dernière.

Enfin, il n'appartient ni à l'organisation internationale concernée ni à l'assuré d'examiner et de trancher la question de l'analogie des couvertures d'assurances,

mais bien à l'autorité cantonale compétente, à qui il revient de prendre la décision d'exemption (art. 10 al. 2 OAMal).

6. La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre. Selon la jurisprudence, il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires, du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (ATFA du 2 septembre 2004 en la cause K 74/03 ; ATF 130 II 71 consid. 4.2 et ATF 130 V 50 consid. 3.2.1).
7. En l'espèce, Monsieur D\_\_\_\_\_ est retraité d'une organisation internationale pour laquelle il a travaillé durant treize ans, la Banque Y\_\_\_\_\_, et bénéficie de ce fait avec sa famille de l'assurance maladie de cette organisation qui est administrée par Z\_\_\_\_\_. L'intimé soutient qu'il ne peut être qualifié d'ancien fonctionnaire international, cette notion devant être interprétée de manière restrictive.

En réalité, la notion d'ancien fonctionnaire international telle qu'elle est utilisée dans l'ordonnance n'est pas sujette à interprétation, contrairement à ce que soutient l'intimé. En effet, le sens littéral des termes « ancien fonctionnaire international » (texte allemand : *ehemalgie Beamte und Beamtinnen* ; texte italien : *ex funzionari di organizzazioni internazionali*) est conforme à la volonté du législateur. Par ailleurs, cette notion n'est pas non plus une notion juridique indéterminée laissant à l'administration une latitude d'appréciation dans l'application de la norme. Il n'y a donc pas lieu de vouloir la restreindre à un petit nombre d'anciens fonctionnaires internationaux.

Le texte légal distingue le « fonctionnaire international », pour qui l'exemption intervient d'office sauf demande contraire de celui-ci, de l'« ancien fonctionnaire international » pour qui le principe est celui de la soumission au régime obligatoire avec possibilité de demander une dispense. La distinction doit donc se faire entre une personne bénéficiant de la qualité de fonctionnaire international et une personne en ayant bénéficié par le passé. Vouloir ajouter à la notion d'ancien fonctionnaire international les conditions que la personne concernée n'exerce plus aucune activité lucrative et que son dernier employeur ait été une organisation internationale ne correspond pas au texte clair de la loi et ne découle d'aucun autre élément pertinent à considérer en l'espèce. Cela reste vrai alors même que l'un des principes de la LAMal est celui de la solidarité qui implique de soumettre un nombre le plus élevé possible de personnes à l'assurance obligatoire. Il n'est

toutefois pas possible de faire dire à une norme ce qu'elle ne dit pas par le biais d'une interprétation. Cas échéant, la notion d'« ancien fonctionnaire international » devrait être précisée dans l'ordonnance.

Il y a donc lieu de considérer que Monsieur D\_\_\_\_\_ remplit la condition d'« ancien fonctionnaire international » de sorte qu'il reste à déterminer si le système d'assurance-maladie de son ancienne organisation lui permet de bénéficier d'une couverture d'assurance analogue à l'assurance obligatoire pour les traitements en Suisse.

8. Ainsi qu'on vient de le voir, l'assurance pour laquelle l'intéressé délaisse la couverture de la LAMal ne doit pas présenter de lacune significative par rapport à cette dernière. D'une manière générale, ainsi que l'a souligné à juste titre l'OFAS dans son courrier du 19 décembre 2003 produit par l'intimé, l'assuré ne devrait pas trouver de nécessité à se tourner vers le système LAMal qui présenterait une couverture plus favorable par rapport à une prestation déterminée.

L'énumération exhaustive des prestations à charge de l'assurance obligatoire dans le but de les comparer avec la couverture offerte par la caisse-maladie de l'organisation internationale est impossible en pratique. Il s'agira donc de mettre à jour d'éventuelles lacunes, celles-ci apparaissant souvent dans le cadre des prestations allouées en cas de séjour en établissement médico-social (EMS) et également en ce qui concerne la couverture partielle de certaines prestations. On a ainsi pu voir que le cas ayant déjà été soumis à deux reprises au Tribunal administratif en la matière (A/300/2000 et A/1288/2001) avait été notamment provoqué par le fait que l'assurée en cause ne s'était rendue compte qu'après avoir obtenu du SAM une exemption de l'assurance obligatoire que sa couverture présentait une lacune concernant la prise en charge des frais de soins infirmiers dans un EMS. Elle avait alors souhaité pouvoir bénéficier tout de même du régime obligatoire d'assurance suisse.

Enfin, on notera encore que la comparaison doit se faire sur la question des prestations uniquement, ce qui signifie que le montant des primes payées n'est à ce titre pas déterminant.

En l'espèce, les recourants bénéficient du plan médical d'assurance destiné aux anciens employés de la Banque Y\_\_\_\_\_, dont l'option internationale est administrée par Z\_\_\_\_\_. Dans le cadre des prestations médicales couvertes par ce plan d'assurance (Medical Benefits), les EMS sont mentionnés au point 5.08 sous la rubrique « Hospice Care ». Cette rubrique prévoit que des prestations en EMS ne sont prises en charge par le plan d'assurance seulement dans le cas où un médecin a attesté d'une espérance de vie du patient de six mois ou moins. Pour ce motif déjà, l'analogie des prestations ne saurait être reconnue, vu l'importance que peut prendre la prise en charge en EMS en Suisse, de sorte qu'il ne sera pas nécessaire de mettre à jour d'autres lacunes de couverture, celle-ci devant déjà être

considérée comme significative. Par ailleurs, et c'est également un point important, on remarque que la majeure partie des prestations ne sont prises en charge par le plan d'assurance qu'à 80 % après paiement de la franchise, ce qui est également inférieur à la couverture garantie par le système obligatoire mis en place par la LAMal. Enfin, la quote-part maximale à charge de l'assuré est moins élevée dans le système obligatoire suisse (art 64 LAMal et 103 OAMal), alors qu'elle se monte à 8'000.-- US\$ pour la famille selon le « Vanbreda Retiree Plan 1 Summary » produit par les recourants (pièce 7). Cela reste déterminant quand bien même un certain nombre de prestations non prises en charge par l'assurance de base obligatoire selon la LAMal le sont par la caisse-maladie de la Banque Y\_\_\_\_\_. En effet, comme l'a souligné le Tribunal administratif dans les arrêts précités, l'éventuel bénéfice que tirerait l'assuré de prestations prises en charge en sus par sa propre assurance ne saurait entrer en ligne de compte, dès lors que cette dernière n'assure pas la protection minimale prévue par le système obligatoire de la LAMal.

Au vu de ce qui précède, on constate que l'analogie de couverture des prestations n'est pas réalisée dans le cas des recourants, de sorte que ceux-ci ne sauraient se voir accorder une exemption de l'assurance obligatoire selon la LAMal.

9. Dans la mesure où les recourants ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier d'une exemption, il n'est pas nécessaire d'examiner tous les autres arguments des parties, notamment celui relatif à l'obligation prévue par le plan d'assurance de Z\_\_\_\_\_ d'adhérer à un système équivalent au système suisse ou celui relatif à l'obligation de transmettre au SAM un formulaire signé par l'assuré et son assureur.
10. Enfin, le Tribunal de céans ne saurait se prononcer sur la question de la rétroactivité, en tant que cette question n'a pas fait l'objet des décisions attaquées. En effet, dans ses décisions, le SAM s'est contenté de rejeter les demandes de dispense sans procéder à l'affiliation obligatoire.

On peut toutefois rappeler qu'en cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation seulement (art 5 al. 2 LAMal). Il appartiendra à la caisse-maladie d'affilier les recourants et de déterminer si elle doit facturer un supplément de prime pour affiliation tardive, ce à quoi elle pourrait renoncer à certaines conditions.

Le Tribunal de céans ne pourra donc que constater que les conditions permettant de bénéficier d'une exemption ne sont pas remplies et confirmer les décisions sur opposition des 4 août 2003 et 29 janvier 2004 en tant qu'elles rejettent les demandes de dispense des recourants. Les recours seront donc rejetés.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare les recours recevables.

**Au fond :**

2. Les 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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier :

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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