

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3910/2017

ATAS/562/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par Monsieur
B_____, GROUPE SIDA GENEVE

recourant

contre

ASSURA-BASIS SA, sise au MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Le 1^{er} janvier 2013, Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1961, a été affilié auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, selon le modèle PharMed, avec une franchise à CHF 2'500.-.
2. Par courrier du 17 septembre 2014 mentionnant son départ définitif en Thaïlande, l'assuré a indiqué être à jour avec ses cotisations et ne plus vouloir être affilié auprès de l'assurance.

En annexe à ce courrier était jointe une attestation établie à la même date par l'Office cantonal de la population et des migrations (OCPM), dont il ressortait que l'intéressé avait annoncé son départ de Genève pour Pattaya (Thaïlande).

3. Le 29 septembre 2014, l'assurance a indiqué avoir procédé à la résiliation de la police avec effet au 30 septembre 2014.
4. Le 30 juin 2016, l'assuré est arrivé à Genève en provenance de Bangkok.
5. Le 4 août 2016, il a été hospitalisé au Service des soins intensifs des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où il a séjourné jusqu'au 12 août 2016.

Du résumé de séjour, il ressort que l'assuré, en bonne santé habituelle et vivant en Thaïlande, avait souffert durant deux semaines d'un état fébrile, avec toux et expectorations blanches. Une consultation à la permanence d'Onex avait révélé un sepsis et une hyponatrémie.

Les médecins du Département de médecine interne des HUG, quant à eux, ont noté dans l'anamnèse que l'assuré vivait en Thaïlande neuf mois par an et était rentré à Genève fin juin.

6. Le 31 octobre 2016, les HUG ont demandé à l'assurance une garantie en lien avec l'hospitalisation de l'assuré dans leur service de médecine interne. Le séjour, d'une durée prévue de 25 jours, visait à un reconditionnement post-pontage aorto-bi-iliaque sur anévrisme mycotique, dans un contexte de VIH inaugural.
7. Le 8 novembre 2016, l'assuré, par sa signature, a accepté une proposition d'assurance obligatoire de soins selon le modèle Pharmed, en remplaçant la date indiquée pour le début de l'assurance - soit le 1^{er} janvier 2017 - par celle du 1^{er} août 2016, et en réduisant la franchise, de CHF 2'500.- à CHF 300.-.

À son envoi, il a joint un certificat de domicile pour confédérés daté du 30 août 2016, mentionnant son arrivée à Genève le 30 juin précédent.

8. Par courrier du 5 décembre 2016, l'assurance a demandé à l'assuré s'il s'était constitué un domicile à Pattaya avec l'intention de s'y établir.

À défaut, il faudrait considérer qu'il était resté soumis à l'obligation de s'assurer depuis le 1^{er} octobre 2014, avec obligation de s'acquitter des primes y relatives.

Dans l'hypothèse où il se serait constitué un domicile en Thaïlande, il était invité à s'expliquer sur les motifs de son retour en Suisse, dont se posait la question de savoir, en particulier, s'il lui avait été dicté par des raisons de santé. En effet, les personnes séjournant en Suisse dans le but de suivre un traitement médical ou une cure étaient exceptées de l'obligation de s'assurer.

En tous les cas, la police d'assurance ne pourrait entrer en force que le 8 novembre 2016.

9. Le 6 décembre 2016, l'assuré a sommé l'assurance de confirmer son affiliation dès le 1^{er} août 2016. Il alléguait avoir requis son adhésion par courrier recommandé du 20 septembre 2016 - soit dans le délai de trois mois permettant une couverture rétroactive à la date de son arrivée en Suisse - et avoir réitéré sa demande le 8 novembre 2016.
10. Par courrier du 27 décembre 2016, l'assurance a derechef sollicité de l'assuré qu'il réponde aux questions qui lui avaient été posées le 5 décembre 2016.
11. Par courrier du 7 mars 2017, l'assuré a allégué s'être rendu en Thaïlande en 2014, avoir pris un appartement à Pattaya et y avoir séjourné sept mois avant de quitter la Thaïlande, le 30 mai 2015.

Il y était retourné le 1^{er} octobre suivant et avait conclu un bail jusqu'au 30 juin 2016. Comme à l'accoutumée, il avait remis le logement occupé en date du 29 juin 2016 pour revenir en Suisse.

En juillet 2016, il avait contracté une fièvre et avait été hospitalisé aux HUG le 4 août 2016, où il avait séjourné jusqu'à son retour à domicile, le 25 novembre 2016.

L'assuré a émis l'avis que, n'ayant plus d'appartement à l'étranger, il s'était reconstitué un domicile à Onex au moment de son retour en Suisse, soit le 30 juin 2016. Ce retour n'était pas dicté par son état de santé.

Pour le surplus, il s'était annoncé à l'assurance le 22 septembre 2016, soit moins de trois mois après son retour en Suisse.

À l'appui de sa position, l'assuré a produit :

- a. un *certificate of right and residence* du 26 décembre 2014, établi par le gérant de *Golden Pattaya Condominium*, attestant qu'il résidait dans un logement de ce complexe ;
- b. un *certificate of residence* du 26 octobre 2015, attestant qu'il avait occupé un appartement sis dans la province de Chonburi (Thaïlande) selon un contrat de bail courant du 1^{er} octobre 2015 au 30 juin 2016 ;

c. un billet d'avion électronique émis le 31 juillet 2015, prévoyant un départ de Genève pour Bangkok le 30 septembre 2015 et un retour à Genève le 30 juin 2016.

d. le récépissé d'un envoi recommandé à l'assurance daté du 20 septembre 2016.

12. Par décision du 7 avril 2017, l'assurance a refusé d'affilier l'intéressé avec effet au 30 juin 2016.

L'assurance a rappelé que, selon la jurisprudence, un citoyen suisse parti à l'étranger pour un voyage de plusieurs années avec des retours sporadiques en Suisse reste soumis à l'assurance obligatoire des soins.

En l'espèce, elle a considéré que l'intéressé ne s'était pas établi définitivement en Thaïlande. Au contraire, il y avait séjourné plusieurs mois, avant de revenir en Suisse, là encore pour plusieurs mois. L'assurance en a tiré la conclusion que l'intéressé avait conservé un domicile fictif en Suisse à sa dernière adresse. Partant, la résiliation de la police intervenue le 30 septembre 2014 était nulle et l'assuré lui était resté affilié ; par conséquent, les primes restaient dues sans interruption depuis le 1^{er} octobre 2014, tout comme les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

L'assurance a ajouté que, dans l'hypothèse où la création d'un nouveau domicile en Thaïlande pourrait être démontrée, l'exception à l'obligation de s'assurer pour les personnes séjournant en Suisse dans le seul but d'y suivre un traitement médical ou une cure serait opposable à l'intéressé. En effet, ce dernier avait débuté les démarches en vue de son affiliation lorsque sa santé s'était détériorée et nécessitait des soins. Il avait d'ailleurs souhaité que sa couverture d'assurance prenne effet le 1^{er} août 2016, mois au cours duquel il avait dû consulter ; qui plus est, le certificat de domicile n'avait été établi que le 30 août 2016. Pour ces raisons, une affiliation au 30 juin 2016 ne pouvait être admise.

13. Par courrier du 9 mai 2017, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il interprétait son refus d'affiliation comme une entrave à l'obligation de s'assurer, doublée d'un déni de justice.

14. Le jour même, l'intéressé a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice, en concluant à son affiliation aux conditions indiquées dans sa déclaration du 20 septembre 2016, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision.

L'intéressé a expliqué que, depuis 30 ans, il avait pour habitude de séjourner environ trois mois par an en Thaïlande, grâce aux heures supplémentaires compensées dans le cadre de son emploi à la Poste. À Onex, il occupait l'appartement familial (sis au _____, rue C_____).

En 2014, il avait décidé de s'établir en Thaïlande de façon permanente et avait annoncé son départ de Suisse aux autorités communales d'Onex en septembre 2014.

En septembre 2016, il avait requis sa ré-affiliation par courrier recommandé. Une offre lui avait finalement été envoyée le 2 novembre 2016.

Ce n'est qu'au moment où il s'était opposé à ce que l'affiliation prenne effet le 8 novembre 2016 que l'assurance avait avancé qu'il pourrait être en fait exclu de l'assurance obligatoire des soins.

Quant à la décision du 7 avril 2017, elle ne tranchait pas le litige, mais formulait une proposition alternative dépendant de la constitution - ou non - d'un domicile en Thaïlande.

L'intéressé a souligné avoir quitté définitivement son logement en Thaïlande et ne plus y disposer d'aucun lieu effectif de séjour ou de résidence. Il a affirmé n'avoir eu aucun billet de retour à destination de la Thaïlande à son arrivée en Suisse, en juin 2016, aucun départ n'étant prévu. En Suisse, en revanche, il disposait d'un appartement mis à disposition par son père et dont il avait l'usage exclusif lors de ses séjours en Suisse. L'absence de logement effectif à l'étranger depuis le 30 juin 2016 impliquait selon lui la constitution d'un domicile à Onex dès son arrivée en Suisse.

Quant à l'exception à l'obligation d'assurance des personnes gagnant la Suisse pour y suivre un traitement, elle supposait qu'il s'agisse là de la cause exclusive du séjour. Ce n'était pas son cas : il avait quitté la Thaïlande afin de revenir auprès de son père, dans la ville dans laquelle il avait grandi, comme il le faisait chaque année. Ses attaches avec la Suisse étaient évidentes. Il avait plusieurs motifs pour revenir en Suisse, aucun ne concernant sa santé. Le refus de l'assurance de l'affilier constituait une violation flagrante de sa liberté personnelle et de sa liberté d'établissement.

En 2014, la résiliation était intervenue valablement. L'assurance y avait procédé dès l'annonce de son départ à l'étranger, sans vérifier s'il y avait eu transfert de domicile dans le pays de destination et sans l'informer qu'un départ de Suisse ne le libérait pas nécessairement de l'obligation de s'assurer. Dès lors, il n'avait pas à supporter les conséquences de l'erreur commise par l'assurance.

À l'appui de son recours, l'intéressé a produit, notamment :

- e. un *certificate of nationality and registration* établi par l'Ambassade de Suisse à Bangkok le 8 décembre 2015, dans lequel l'intéressé déclarait résider à Chonburi (Thaïlande) ;
- f. un justificatif de la distribution du courrier de l'intéressé à l'assurance le 22 septembre 2016.

15. Par décision du 21 août 2017, l'assurance a partiellement donné gain de cause à l'intéressé : il était admis que ce dernier avait définitivement quitté la Suisse le 17 septembre 2014 et s'était constitué un domicile en Thaïlande. Considérant toutefois qu'il entrait dans la catégorie des personnes séjournant en Suisse dans le

seul but de suivre un traitement médical ou une cure, l'affiliation ne pouvait prendre effet qu'à compter du 1^{er} octobre 2016.

Il était rappelé que l'assuré était tombé malade fin juillet 2016 et s'était annoncé à l'OCPM le 30 août suivant. Il avait séjourné en Thaïlande durant dix-sept mois entre fin septembre 2014 et juin 2016. Dès lors qu'il avait annoncé son départ à la commune d'Onex le 17 septembre 2014 et s'était par la suite inscrit à l'ambassade de Suisse à Bangkok, on devait admettre qu'il avait quitté définitivement le territoire suisse pour s'établir en Thaïlande. La résiliation de sa police d'assurance au 30 septembre 2014 était ainsi intervenue à juste titre.

S'agissant de la demande de ré-affiliation, il était pris acte des preuves de la notification du formulaire adressé à l'assurance le 20 septembre 2016, bien que ce document restât introuvable.

L'exception à l'obligation d'assurance des personnes séjournant en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure impliquait que le séjour avait pour unique but de suivre un traitement médical ou une cure. Savoir si une personne venue en Suisse dans le seul but de s'y faire soigner était exclue définitivement de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale dépendait du but poursuivi par la création du domicile en Suisse. Dès lors que s'ajoutaient au but thérapeutique une ou plusieurs autres raisons, l'exception à l'obligation d'assurance n'était pas ou plus applicable. Le fait que l'assuré ne disposât pas de billet de retour pour la Thaïlande en juin 2016 et que son bail en Thaïlande fût limité au 30 juin 2016 n'était pas déterminant. En effet, par le passé, il lui était arrivé de n'acheter son billet de retour pour Bangkok que longtemps après son arrivée en Suisse. En outre, ce n'était que lorsque son état de santé avait exigé un suivi médical que l'intéressé avait entrepris les démarches administratives pour annoncer son retour en Suisse. Ainsi, il n'était pas démontré, lors de son arrivée en Suisse, qu'il avait l'intention de s'y établir. Il apparaissait au contraire que son retour relevait d'un séjour de courte durée. Cependant, l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins ne pouvait être refusée à vie, raison pour laquelle l'assurance acceptait d'y procéder à compter d'octobre 2016.

L'assurance a motivé le choix de cette date par le fait qu'en 2014 et 2015, l'assuré était parti pour la Thaïlande en octobre, ce dont elle a tiré la conclusion que l'on pouvait admettre qu'il aurait fait de même en 2016 s'il n'était pas tombé malade. Il en découlait que les frais médicaux dispensés à l'intéressé du 4 août au 30 septembre 2016 restaient à sa charge.

16. Le 31 août 2017 (ATAS/746/2017), la Cour de céans a pris acte de cette décision et constaté que le recours pour déni de justice était devenu sans objet.
17. Le 21 septembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 21 août 2017 en concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à ce que son affiliation prenne effet dès le 30 juin 2016, à l'allocation d'une indemnité de CHF 15'000.- à

titre de dommages et intérêts, vu le retard injustifié de l'autorité à statuer, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision.

Le recourant réaffirme qu'en 2014, il avait l'intention de s'établir de façon permanente en Thaïlande, pays qu'il a quitté le 29 juin 2016 pour revenir en Suisse.

Fin juin 2016, il ne disposait plus d'aucun lieu effectif de séjour ou de résidence en Thaïlande et n'y était donc plus domicilié. Il n'avait pas non plus pris de billet d'avion à destination de la Thaïlande, ses plans exacts à partir de ce moment relevaient de la conjecture. Il avait en revanche l'usage exclusif du logement mis à disposition par son père.

Selon lui, le fait qu'il n'ait pas manifesté sa volonté de s'affilier dès son retour est sans pertinence, dès le moment où il a respecté le délai légal de trois mois. Partant, l'assurance devrait déployer ses effets rétroactivement, dès la prise de domicile.

Quant à l'exception à l'obligation de s'assurer invoquée par l'intimée, le recourant considère qu'elle ne le concerne pas dès lors que son séjour en Suisse est motivé par de nombreuses raisons autres que les soins auxquels il doit se soumettre. À cet égard, il relève que ce n'est qu'après son arrivée à Genève que les symptômes sont apparus.

18. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 23 octobre 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimée convient que le recourant a démontré avoir débuté ses démarches de ré-affiliation dans le délai des trois mois suivant son retour en Suisse, le 30 juin 2016, puisqu'il a complété le formulaire correspondant en date du 20 septembre 2016.

Selon elle, cela n'a toutefois pas d'incidence sur la date d'affiliation, vu l'exception à l'obligation de s'assurer.

L'intimée rappelle que l'intéressé a annoncé son départ à la commune d'Onex le 17 septembre 2014 et qu'il s'est inscrit à l'Ambassade de Suisse à Bangkok, ce qui prouve son intention d'alors de quitter définitivement le territoire suisse pour s'établir en Thaïlande. La résiliation de son assurance était donc justifiée et n'est pas litigieuse. Durant son séjour ultérieur en Suisse, du 31 mai au 30 septembre 2015, le recourant n'a pas demandé sa ré-affiliation. En 2016, il a à nouveau quitté le logement qu'il louait en Thaïlande pour revenir en Suisse, mais n'a pas demandé sa ré-affiliation à son arrivée. L'intimée en tire la conclusion qu'il n'est pas établi que l'intéressé avait bien l'intention de se réinstaller en Suisse en juin 2016.

À cet égard, elle relève que les anamnèses des rapports médicaux versés au dossier mentionnent que l'intéressé vivait habituellement en Thaïlande, ce qui plaide en faveur d'un domicile dans ce pays. Selon l'intimée, les démarches du recourant pour s'assurer ont été effectuées de manière opportuniste. Sans ses problèmes médicaux, il aurait vraisemblablement rejoint à nouveau la Thaïlande à l'automne 2016.

En définitive, l'intimée convient que l'affiliation ne peut cependant être refusée à l'intéressé éternellement et propose de l'admettre avec effet au 1^{er} octobre 2016, date à laquelle elle considère que le recourant a renoncé à son retour habituel en Thaïlande et manifesté sa volonté de s'établir à nouveau en Suisse et d'y demeurer, faisant d'Onex le centre de ses intérêts.

19. Par écriture du 13 février 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

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. Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision du 21 août 2017 (art. 56ss LPGA).

La conclusion tendant à l'allocation de dommages et intérêts en revanche, est irrecevable. En effet, selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, organisations fondatrices privées et assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). Conformément à l'art. 78a LAMal, l'institution commune, les assurés et les tiers doivent faire valoir leurs prétentions en réparation au sens de l'art. 78 LPGA auprès de l'assureur, qui statue sur celles-ci par voie de décision (Jean-Michel DUC, Quelques considérations sur la responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA à la lumière de la dernière jurisprudence, RSAS 2007 p. 392). Partant, c'est auprès de l'intimée que le recourant doit faire valoir une éventuelle demande de réparation.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à être assuré pour les soins obligatoires dès le 30 juin 2016.

5. Aux termes de l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (al. 1).

Cette disposition concrétise un des buts principaux de la LAMal, qui est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (126 V 265 consid. 3b).

L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal – RS 832.102) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse (CC – RS 210) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 de la loi.

6. Aux termes de l'art. 23 CC, le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir; le séjour dans une institution de formation ou le placement dans un établissement d'éducation, un home, un hôpital ou une maison de détention ne constitue en soi pas le domicile (al. 1). Nul ne peut avoir en même temps plusieurs domiciles (al. 2).

La constitution d'un domicile suppose que la personne fasse du lieu en question le centre de ses intérêts personnels et professionnels (ATF 134 V 236 consid. 2.1). Deux éléments doivent être réalisés pour la constitution du domicile volontaire: le premier, la résidence, soit un séjour effectif d'une certaine durée en un endroit déterminé, est objectif et externe, tandis que le second, soit la volonté de rester dans un endroit de façon durable, est subjectif et interne. Pour cet élément, ce n'est cependant pas la volonté interne de la personne concernée qui importe, mais les circonstances reconnaissables pour des tiers, qui permettent de déduire qu'elle a cette volonté (arrêt du Tribunal fédéral 9C_946/2008 du 11 février 2009 consid. 4.1).

Le dépôt des papiers constitue certes un indice de domiciliation, mais il ne saurait l'emporter sur le lieu où se focalise un maximum d'éléments concernant la vie personnelle, sociale et professionnelle de l'intéressé (ATF 136 II 405 consid. 4.3). Cet indice peut en outre être renversé par des preuves contraires (ATF 125 III 100 consid. 3). Lorsqu'une personne séjourne en deux endroits différents et qu'elle a des relations avec ces deux endroits, il faut tenir compte de l'ensemble de ses conditions de vie, le centre de son existence se trouvant à l'endroit, lieu ou pays, où se focalise un maximum d'éléments concernant sa vie personnelle, sociale et professionnelle, de sorte que l'intensité des liens avec ce centre l'emporte sur les liens existant avec d'autres endroits ou pays (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 5/05 du 6 janvier 2006 consid. 2).

7. En vertu de l'art. 24 CC, toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (al. 1). Le lieu où elle réside est considéré comme son domicile, lorsque l'existence d'un domicile antérieur ne peut être établie ou lorsqu'elle a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis un nouveau en Suisse (al. 2).

Cette disposition concrétise le principe de la nécessité du domicile en droit suisse. Ainsi, chaque personne physique doit disposer d'un domicile et un justiciable ne peut se soustraire à une obligation juridique du fait qu'il serait sans domicile

(ATF 138 II 300 consid. 3.6.1). L'intention de quitter un lieu plus tard n'empêche pas d'y constituer un domicile (ATF 127 V 237 consid. 2c).

La jurisprudence cantonale retient qu'un citoyen suisse reste soumis à l'obligation d'assurance malgré l'annonce de son départ au contrôle des habitants lorsqu'il ne se constitue pas de domicile à l'étranger, où il voyage durant plusieurs années avec des retours sporadiques en Suisse (Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 6 ad art. 5 et la référence citée). S'agissant d'un citoyen suisse ayant annoncé son départ de Suisse pour naviguer sur son bateau durant 13 ans, la Cour des assurances du Tribunal cantonal du Jura a considéré qu'il avait conservé un domicile fictif au sens de l'art. 24 CC en Suisse, où il avait des attaches familiales, ce qui entraînait l'obligation d'assurance (RJJ 2014 p. 86 consid. 6.1).

8. L'art. 3 al. 2 LAMal délègue au Conseil fédéral la compétence d'excepter de l'assurance obligatoire certaines catégories de personnes.

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 2 al. 1 let. b OAMal, lequel dispose que sont exceptées de l'obligation de s'assurer les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure.

L'art. 2 al. 1 let. b OAMal n'est pas à proprement parler une exception à l'obligation de s'assurer, mais une exclusion du droit à l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire : les personnes qui séjournent en Suisse en vue de s'y faire soigner n'ont pas le droit de s'affilier à l'assurance des soins obligatoire.

Cette disposition suppose que les soins médicaux constituent le but exclusif du séjour. La notion d'exclusivité est réalisée lorsque d'autres buts que le traitement n'auraient pas suffi à la constitution d'un domicile en Suisse ou à l'obtention d'une autorisation de séjour. Dès lors que des raisons autres que le traitement médical justifient la constitution d'un domicile en Suisse, la clause d'exclusion de l'art. 2 al. 1 let. b OAMal ne s'applique pas.

Ce qui n'est pas admissible au sens de cette disposition est de se constituer un domicile ou d'obtenir un titre de séjour uniquement afin de se faire soigner à la charge de l'assurance obligatoire des soins (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2017 du 30 avril 2018 consid. 4.2). Ainsi, est déterminant le but poursuivi par le séjour, la résidence ou le domicile en Suisse. Tant que la raison exclusive en est le traitement médical ou la cure, respectivement tant qu'il n'existe pas un autre but qui justifierait à lui seul la constitution d'un domicile en Suisse, l'intéressé est exclu de l'assurance des soins obligatoire. Savoir si une personne venue en Suisse dans le seul but de s'y faire soigner est définitivement exclue de l'affiliation à l'assurance-maladie sociale dépend donc essentiellement du but poursuivi par la création du domicile en Suisse. Dès lors que s'ajoutent au but thérapeutique une ou plusieurs autres raisons qui justifieraient la constitution d'un domicile en Suisse,

l'art. 2 al. 1 let. b OAMal n'est pas ou plus applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_217/2007 du 8 avril 2008 consid. 5.2.2).

Cependant, une interprétation trop restrictive de cette disposition peut entraver la liberté d'établissement des Suisses de l'étranger qui regagnent leur pays d'origine, droit fondamental garanti à l'art. 24 de la Constitution (Cst – RS 101 ; Gebhard EUGSTER, Die obligatorische Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd. 2016, p. 453 n. 155). En outre, le Tribunal fédéral a précisé qu'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)

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2).

Aussi n'existe-t-il 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

10. En l'espèce, l'intimée, se prévalant de l'exception prévue à l'art. 2 al. 1 let. b OAMal, refuse de faire remonter l'affiliation du recourant à une date antérieure au 1^{er} octobre 2016, alors que l'intéressé demande que l'affiliation débute à la date de son retour effectif en Suisse.

Les rapports médicaux versés au dossier établissent que les atteintes de l'assuré ayant conduit à son hospitalisation sont apparues postérieurement à son retour en Suisse. De surcroît, il n'existe aucun élément permettant de retenir que le recourant aurait planifié son séjour en Suisse afin de s'y faire dispenser un traitement. On ne saurait donc retenir que le voyage à Genève était motivé par la nécessité d'y subir un traitement, ce qui suffit à exclure l'application de l'art. 2 al. 1 let. b OAMal.

L'hypothèse selon laquelle le recourant serait peut-être reparti en Thaïlande, comme les années précédentes, s'il n'avait pas rencontré de problèmes de santé, est sans pertinence dans ce contexte. D'une part, il s'agit là d'une simple conjecture de l'intimée, qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, aucun élément concret ne permet de conclure que le recourant avait l'intention de repartir en Thaïlande. Les démarches de ce dernier, qui a obtenu un certificat de domicile en août 2016, tendent au contraire à infirmer cette hypothèse, étant rappelé qu'il s'agit là d'un indice de la volonté de sa volonté s'établir en Suisse. D'autre part, la jurisprudence a retenu que l'exception réglementaire à

l'obligation d'assurance n'était par exemple pas applicable à un saisonnier tombé malade après son arrivée en Suisse, qui y était resté exclusivement dans le but de s'y faire soigner, car l'entrée sur le territoire suisse avait eu lieu pour des raisons professionnelles. Notre Haute Cour a implicitement admis, s'agissant de l'application de l'art. 2 al. 1 let. b OAMal, qu'il convient de distinguer entre une entrée en Suisse à des fins de traitement et une poursuite du séjour dictée par la nécessité de s'y faire soigner (arrêt du Tribunal fédéral K 160/98 du 2 juin 1999 consid. 2 b et c). Les considérants de cet arrêt sont applicables *mutatis mutandis* au recourant, ressortissant suisse dont le retour en Suisse, en juin 2016, était motivé par les attaches personnelles et familiales qui le lient à ce pays, qui suffisent du reste également à fonder sa volonté de s'y constituer un domicile.

Partant, l'art. 2 al. 1 let. b OAMal n'est pas opposable au recourant.

11. La couverture d'assurance prend effet rétroactivement au moment de la prise de domicile en Suisse lorsque la personne assurée s'est annoncée à l'assurance-maladie dans les trois mois qui suivent (ATF 125 V 76 consid. 2b).

En l'occurrence, le recourant allègue avoir procédé à cette annonce le 20 septembre 2016, date à laquelle il a démontré avoir effectivement adressé un courrier recommandé à l'intimée, qui reconnaît du reste, dans son écriture du 23 octobre 2017, que la preuve de l'annonce à cette date a été amenée.

C'est le lieu de rappeler que l'on considère qu'un acte est notifié non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où il est dûment communiqué. S'il s'agit d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où il entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 4.2). Un envoi recommandé qui n'a pas pu être distribué est réputé notifié (fiction), avec les conséquences procédurales que cela implique, le dernier jour du délai de garde de sept jours suivant la remise de l'avis d'arrivée dans la boîte aux lettres ou la case postale de son destinataire. Cette fiction de notification ne s'applique cependant que si son destinataire devait s'attendre, avec une certaine vraisemblance, à recevoir une communication des autorités, ce qui est le cas chaque fois qu'il est partie à une procédure pendante (arrêt du Tribunal fédéral 5A_454/2012 du 22 août 2012 consid. 4.2.1 et les références).

Conformément à ces principes, force est d'admettre que l'annonce est intervenue dans les trois mois après l'arrivée du recourant en Suisse. Partant, elle déploie des effets rétroactifs.

12. Reste à déterminer à quelle date remonte la prise de domicile en Suisse.

Il ressort des pièces du dossier que le recourant a quitté son appartement en Thaïlande fin juin 2016. À cette date, il n'y disposait plus d'aucun logement. Selon ses propres déclarations, il avait l'intention de regagner l'appartement familial de Genève pour des motifs familiaux. Dès lors, c'est à cette date - soit celle de la prise

de résidence effective en Suisse - que remonte la domiciliation du recourant à Onex.

Admettre l'affiliation du recourant au 1^{er} août 2016 seulement, comme il l'avait initialement requis dans la proposition adressée à l'assurance, reviendrait à considérer qu'il n'a pas eu de domicile du 30 juin au 31 juillet 2016, ce qui est incompatible avec l'exigence de l'art. 24 CC.

C'est donc dès le 30 juin 2016 que la couverture d'assurance prend effet.

13. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est admis.

Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable en tant qu'il porte sur la décision de l'intimée du 21 août 2017.
2. Déclare irrecevable la conclusion du recourant tendant à l'allocation de dommages et intérêts.

Au fond :

3. Admet le recours.
4. Dit que le recourant est assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée dès le 30 juin 2016.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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