

Assurance maladie: les frontaliers happés par la bureaucratie

Santé Chaque mois, à Genève, environ 1000 frontaliers sont affiliés d'office à une caisse suisse. Mis en cause, le Service cantonal de l'assurance maladie (SAM) dit faire de son mieux.

Rachad Armanios

Une plongée «dans l'enfer de l'assurance maladie suisse»! La «Tribune de Genève» s'est penchée sur cette problématique, à la suite d'un récent billet d'humeur du média Heidi.news.

Son chef d'édition, frontalier français, initialement engagé en 2019 comme journaliste santé, raconte avec sarcasme et humour son «parcours du combattant» pour faire annuler son affiliation d'office à la caisse maladie Helsana par le Service de l'assurance maladie – qu'il désigne par son petit nom: SAM.

Ce dernier, qui dépend du Département de la cohésion sociale, veille à ce que tous les résidents soient correctement assurés, octroie les subsides maladie, prend en charge les arriérés des assurés et vérifie que les frontaliers aient choisi entre le système français et le suisse.

À défaut, il procède d'office à une affiliation auprès d'une caisse maladie suisse. L'affiliation est effectuée de manière aléatoire, proportionnellement au nombre d'assurés, parmi les trois assureurs les moins chers du marché.

Or, sur les 2000 nouveaux frontaliers que compte en moyenne chaque mois le canton, la moitié environ est affiliée d'office. Mais près d'un tiers

«La mise en place d'une procédure entièrement numérique serait idéale.»

Patrick Mazzaferri
Directeur du SAM

de ces affiliations est ensuite annulé. Ce choix laissé aux frontaliers découle des accords bilatéraux entre la France et la Suisse.

On parle du «droit d'options». Ainsi, les frontaliers qui commencent (ou reprennent après interruption) une activité lucrative en Suisse ont trois mois pour annoncer leur décision. Ce choix est en principe irrévocable.

«Kafka-sur-Léman»

C'est donc avec étonnement qu'en mai 2024, le chef d'édition d'Heidi.news se voit avisé par son employeur que SAM veut savoir à quelle assurance maladie il a souscrit. En 2019, il avait, en effet, déjà décidé de rester couvert par la Sécurité sociale française.

En France, même s'il y a des déserts médicaux, on paie à hauteur de ses revenus, justifie l'assuré. Pour lui, pas question de «basculer dans l'usine à gaz suisse et son système de soins

pléthorique, gâché par une pape-rasse ignoble et une insécurité financière de tous les instants, avec la conviction intime d'engraisser SWICA, CSS et consorts».

Face à la nouvelle demande, «nous leur faisons parvenir un document qui prouve que bien que mon cœur soit en Suisse, mes artères seront débouchées en France».

La suite relève selon lui de «Kafka-sur-Léman». Il raconte un rappel dix mois plus tard, l'affiliation d'office, les factures des premières primes suisses, les e-mails sans réponse, la quasi-impossibilité de joindre le service par téléphone. Soit «six mois de lutte acharnée et une cinquantaine de coups de fil» pour faire annuler l'affiliation.

Il estime bien s'en tirer, au vu des nombreux avis scandalisés postés sur Google. Pléthore de témoignages, récents ou anciens, épinglent SAM, impossible à joindre par téléphone alors qu'il est question de payer deux assurances...

Grande complexité

Réponse de cette administration à la «Tribune de Genève» par la voix de son directeur: Patrick Mazzaferri dit ne pas pouvoir évoquer un cas particulier... mais c'est lui qui nous révèle la proportion ahurissante d'affiliations d'office, puis de rétropédalages.

Comment expliquer autant de ratés et d'énergie perdue? Le directeur commence par pointer la grande complexité de la procédure administrative mise en place par la Confédération et la France.

Au moins cinq acteurs doivent se transmettre le formulaire papier de droit d'option signé par le frontalier: SAM, l'employeur, le travailleur, l'autorité française compétente (Caisse primaire d'assurance maladie) et l'assureur maladie LAMal. Le tout dans un délai court pour éviter que des travailleurs se retrouvent sans couverture. Ce processus se déclenche après que l'Office cantonal de la population a informé SAM de la délivrance d'un permis G.

La multiplicité des acteurs et les délais de traitement propres à chacun d'entre eux font que souvent les trois mois avant une affiliation d'office sont dépassés. D'autant que, du côté des travailleurs, ajoute le directeur, «malheureusement, un grand nombre de personnes ne donnent pas suite (ou correctement suite) dans le temps imparti aux courriers du SAM».

Malgré une recommandation d'entreprendre au plus vite les démarches, une partie réagit seulement lors de l'affiliation d'office ou quand tombe la première prime maladie à payer.

Autre écueil: certains pensent à tort qu'il suffit de présenter une

attestation d'assurance, alors que le formulaire ad hoc – dûment signé, a tranché le Tribunal fédéral – est incontournable. Et, sauf si on habite en Haute-Savoie, il faut se déplacer physiquement pour le faire tamponner par l'autorité française.

«La mise en place d'une procédure entièrement numérique serait idéale, remarque Patrick Mazzaferri. Depuis ce lundi, les usagers peuvent nous transmettre leurs demandes via les e-démarches, y compris leur choix du droit d'option.

Mais les cantons et les autorités françaises ne pourront toujours pas échanger d'informations pour des raisons de protection des données.»

À cette bureaucratie franco-helvétique tentaculaire ayant raté le virage numérique, s'ajoutent tous les cas particuliers qui viennent compliquer la donne.

S'extirper du piège

Reste à comprendre pourquoi, ensuite, il semble si difficile de s'extirper du piège.

D'abord, le directeur se dit conscient que «des gens se retrouvent dans des difficultés et se plaignent de ne pas réussir à nous joindre. Nous faisons tout pour nous améliorer.»

Il rappelle ensuite que l'assurance maladie compte parmi

les principales préoccupations de la population en Suisse. À ce titre, SAM, «très sollicité, est au front». Toutes missions confondues, ce service «modeste», selon son directeur, comprend «seulement» 38 postes et rend près de 350'000 décisions par an.

Il a connu un véritable tournant en 2020, avec la mise en œuvre de la hausse des subsides d'assurance maladie décidée par le peuple ainsi que l'élargissement du cercle des bénéficiaires. Leur nombre a quasi doublé: Genève en compte aujourd'hui environ 200'000.

Toujours selon Patrick Mazzaferri, une hausse des effectifs a permis d'effectuer ce virage. Reste que le service reçoit plus de 200'000 téléphones par an et plus de 250 courriels par jour. Si au minimum trois lignes téléphoniques sont ouvertes chaque matin, le directeur insiste sur le fait qu'il faut privilégier les demandes par e-mail ou courrier, ou mieux encore par e-démarche. À l'entendre, le service accuse réception et répond à la plupart des e-mails par courrier.

Face aux besoins, le Département de la cohésion sociale a prévu dans le budget 2026 de gonfler les effectifs de deux à huit postes pour étoffer le standard téléphonique. Or, le Grand Conseil a, rappelons-le, refusé le projet de budget du Canton.