

200.2017.643.CM

ANP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 25 mai 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
recourante

contre

Office des assurances sociales
Forelstrasse 1, 3072 Ostermundigen
intimé

relatif à une décision sur opposition de ce dernier du 29 juin 2017

En fait:

A.

A. _____, née en 1995, d'origine camerounaise, est arrivée en Suisse le 15 septembre 2016, en vue d'y entamer dès le 19 septembre 2016 une formation en économie d'entreprise dans une haute école de gestion (HEG). Une autorisation de séjourner en Suisse, de type B, lui a été délivrée jusqu'au 15 septembre 2017 (moyennant prolongation ultérieure jusqu'au 6 juillet 2018) et l'assurée s'est annoncée comme habitante auprès du service des habitants de sa commune de résidence en Suisse. Le 4 octobre 2016, l'Office des assurances sociales du canton de Berne (OAS) a reçu confirmation dudit service des habitants, sur une formule établie par l'OAS, du fait que l'intéressée avait été informée par la commune concernée de l'obligation de s'assurer en Suisse et qu'elle n'était couverte ni en Suisse, ni à l'étranger pour la maladie. Par courriers des 10 et 24 janvier 2017, l'OAS a invité l'intéressée, respectivement jusqu'au 24 janvier et au 7 février 2017, à lui fournir copie d'une police d'assurance selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) ou à former une demande d'exemption à son obligation d'assurance.

B.

En date du 6 février 2017, l'intéressée a déposé auprès de l'OAS une formule A (datée du 31 janvier 2017) tendant à son exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Elle motivait cette demande, accompagnée de la partie B (portant son propre paraphe) dudit formulaire destinée à faire attester l'existence d'une éventuelle couverture d'assurance équivalente à la LAMal, par le fait qu'elle était étudiante dans une HEG et déjà assurée pour la maladie à titre privé. Les 6 février et 7 mars 2017, l'OAS a sommé l'assurée de faire signer la partie B du formulaire A par l'assurance privée concernée avec l'avertissement, qu'à défaut d'une réaction d'ici au 21 février 2017 d'abord, puis jusqu'au 21 mars 2017, il serait dans l'obligation de rejeter la demande d'exemption.

Constatant ne pas avoir reçu le document requis, l'OAS a formellement rejeté la demande d'exemption le 31 mars 2017 et a sommé l'assurée, jusqu'au 28 avril 2017 et sous menace d'une affiliation d'office, de lui fournir copie d'une police d'assurance selon la LAMal.

C.

Dans une décision du 9 mai 2017, l'OAS a affilié l'intéressée d'office à une assurance-maladie LAMal, avec effet au 10 mai 2017. Selon un écrit daté du 30 mars 2017 (reçu le 31 mai 2017 par l'OAS), l'assurée s'est excusée de son grand retard et a produit une formule "contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie" du canton du siège de la HEG, signée le 30 mai 2017 par elle-même et son assurance-maladie, et prétendument propre à la dispenser de l'obligation de s'assurer en Suisse. Ayant considéré l'écrit reçu le 31 mai 2017 comme une opposition à la décision du 9 mai 2017, en date du 29 juin 2017, l'OAS a confirmé l'affiliation d'office au motif que la partie B de la formule A valable dans le canton de Berne pour les demandes d'exemption permet seule, en principe, d'attester l'équivalence à la LAMal. Hormis certains vices de forme entachant l'attestation reçue le 31 mai 2017, il a aussi mentionné que l'assurance-maladie pour étudiants certifiée dans la formule envoyée n'établit pas l'existence d'une couverture maladie suffisante au regard du droit suisse.

D.

Par écrit du 6 juillet 2017 envoyé à l'OAS, l'assurée a formé un "appel à la décision du 29 juin 2017" formellement adressé au Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Après s'être vu transmettre cet "appel" comme objet de sa compétence, le TA a invité l'intéressée, jusqu'au 11 septembre 2017 et sous menace d'irrecevabilité de son écrit précité comme recours, à lui indiquer si elle avait véritablement la volonté de recourir et, dans l'affirmative, à présenter les conclusions et les motifs de son recours. Les 14/17 juillet 2017, l'assurée a confirmé sa volonté de recourir et, motifs à l'appui, a conclu à l'annulation de son affiliation d'office. L'OAS a lui requis

le rejet du recours dans sa réponse du 17 août 2017 postée tardivement, mais néanmoins versée au dossier du TA (avec une lettre d'accompagnement et le dossier administratif; voir ordonnance judiciaire du 18 août 2017). L'ami de la recourante a informé téléphoniquement le TA le 8 septembre 2017 que cette dernière n'entendait plus réagir. Une copie de l'autorisation de séjour de la recourante adressée à l'OAS a encore été transmise au TA le 13 novembre 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 29 juin 2017 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'affiliation d'office de la recourante à une caisse-maladie suisse. Le refus de l'OAS, statué le 31 mars 2017, d'exempter l'assurée du régime de l'assurance-maladie de base en Suisse est quant à lui entré en force et ne peut ainsi plus être revu par la présente instance. Partant, dans la mesure où il viserait ce dernier aspect, le présent recours devrait être déclaré irrecevable. L'objet du litige porte donc uniquement sur l'annulation de l'affiliation d'office de la recourante.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est (excepté la réserve formulée au c. 1.1 supra) recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause concernant l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française (art. 35 al. 2 let. b de la loi cantonale portant

introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire [LILAMAM, RSB 842.11], 119 LPJA, 54 al. 1 let. c et 57 al. 4 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]),

1.4 Le Tribunal examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

Fondé sur l'art. 3 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, notamment celles qui exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (cf. art. 13 al. 2 LPGA). Fort de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a en particulier prévu, à l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102), que la notion de domicile s'entendait au sens des art. 23 à 26 du Code civil suisse (CC, RS 210) et, à l'art. 1 al. 2 OAMal, que l'obligation de s'assurer s'étendait également à certaines personnes qui ne sont pas domiciliées en Suisse. Aux termes de l'art. 1 al. 2 let. a OAMal, c'est ainsi le cas des ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr, RS 142.20), valable au moins trois mois.

2.2 L'art. 3 al. 2 LAMal donne possibilité au Conseil fédéral d'exempter de l'assurance obligatoire des soins certaines catégories de personnes. Dans cette optique, le Conseil fédéral a prévu, à l'art. 2 OAMal, une liste d'exceptions. Ainsi, d'après l'art. 2 al. 4 OAMal, sont exceptées sur requête les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou

d'un perfectionnement, telles que les étudiants, les écoliers et les stagiaires, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 OAMAL qui les accompagnent, pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente peut exempter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception peut être prolongée pour trois autres années au plus. La personne concernée ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières (GERHARD EUGSTER in: MURER/STAUFFER, *Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG]*, 2010, art. 3, p. 55 et 56; G. EUGSTER in: ULRICH MEYER, *Soziale Sicherheit*, 2007, chap. E p. 429 n° 94). En tout état de cause, il sied de relever que le catalogue d'exceptions prévu à l'art. 2 OAMal est exhaustif et doit être interprété de manière restrictive (G. EUGSTER in: U. MEYER, op. cit., chap. E p. 425 n. 82).

En application de l'art. 6 al. 1 LAMal, les cantons, en l'espèce l'OAS (art. 1 al. 2 LiLAMAM), veillent au respect de l'obligation de s'assurer. Cela signifie que lorsqu'une personne n'a pas donné suite à son obligation de s'assurer dans les délais, c'est l'autorité compétente qui doit s'en charger d'office (art. 6 al. 2 LAMal). La condition nécessaire à l'application de l'art. 6 al. 2 LAMal est l'absence d'affiliation à un assureur dans les délais (G. EUGSTER in: U. MEYER, op. cit., chap. E p. 433 n. 110; ATF 128 V 263 c. 3b). Cette affiliation d'office doit intervenir sans retard, dès que le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, respectivement 7 al. 1 OAMal, est échu. A l'échéance de ce délai, l'assuré n'a plus la possibilité de choisir son assureur (art. 4 al. 1 LAMal).

2.3 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le principe inquisitoire (ou de l'instruction d'office) ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2). Le devoir de collaboration d'une partie s'étend

en particulier aux faits que celle-ci connaît mieux que l'administration et que cette dernière, à défaut de collaboration de l'intéressée, ne pourrait pas du tout ou seulement au prix d'efforts disproportionnés établir elle-même (SVR 2013 UV n° 6 c. 5.2). Le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, mais ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, il s'agit de savoir qui en supporte les conséquences (TF 8C_591/2012 du 29 juillet 2013 c. 4). Le fardeau de la preuve objectif pour un fait constitutif d'une prétention incombe à la personne faisant valoir cette prestation (ATF 121 V 204 c. 6a).

3.

3.1 L'assurée se prévaut en premier lieu de sa situation sociale précaire liée à son statut d'étudiante sans revenus et totalement dépendante de l'aide financière de tierces personnes, encore plus du fait que son permis B ne lui permettrait pas de travailler avant une année complète passée en Suisse. Dans un tel contexte, elle estime qu'il lui "serait tout simplement impossible" de supporter les charges financières qu'entraînerait son affiliation à la caisse-maladie choisie par l'OAS. En second lieu, la recourante soutient qu'elle remplit déjà son obligation d'assurance en étant assurée au titre de la maladie auprès d'un assureur privé pratiquant des tarifs davantage en accord avec ses capacités financières, quand bien même une telle assurance représente pour elle "une charge financière considérable". Elle avance encore qu'elle a désormais tout entrepris pour rattraper son retard et qu'elle se conformera à ses devoirs.

3.2 De son côté, l'OAS fait valoir que jusqu'au prononcé de sa décision sur opposition contestée et bien qu'avertie des conséquences encourues en l'absence de réaction, la recourante n'a aucunement apporté la preuve qu'elle avait contracté une assurance-maladie conforme au droit suisse. Selon cet office, c'est donc à bon droit qu'a été prononcée l'affiliation d'office de l'assurée, ce d'autant plus ici que les conditions générales d'assurances (CGA) de l'assurance privée contractée par cette dernière laissent entrevoir plusieurs lacunes de couverture par rapport aux standards de protection minimaux prévus par la LAMal. Au surplus, l'OAS

précise que faute pour l'intéressée de s'être assurée pour le risque de maladie dans les trois mois ayant suivi sa prise de domicile en Suisse, son affiliation d'office s'avère tardive et ne peut rétroagir au moment de son élection de domicile.

4.

4.1 Dès l'abord, l'on rappellera (voir c. 1.1 supra) que suite à l'entrée en force de la décision de l'OAS du 31 mars 2017, les aspects liés à l'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse ne sont plus susceptibles d'un examen dans le cadre du présent litige. Faute pour l'intéressée d'avoir livré les informations permettant de déterminer si elle remplit les conditions posées à l'art. 2 al. 4 OAMal, l'OAS a en effet définitivement rejeté sa demande d'exemption du régime d'assurance précité. Sous menace d'une affiliation d'office à défaut d'une collaboration de sa part, l'OAS l'a en outre formellement avertie de son obligation, à remplir jusqu'au 28 avril 2017, de conclure une assurance de base auprès d'une caisse-maladie exerçant selon la LAMal et l'a tout spécialement invitée à veiller à ce que cette couverture d'assurance ne présente aucune lacune. La recourante n'ayant pas réagi dans ce délai, l'OAS l'a affiliée, avec effet au 10 mai 2017, à une caisse-maladie suisse. Lors de cette affiliation d'office prononcée le 9 mai 2017, le délai de trois mois prévu à l'art. 3 al. 1 LAMal était par ailleurs déjà écoulé et ce, depuis le 15 décembre 2016 (voir à ce sujet: c. 4.2 et 4.3 infra). Passé ce délai, la recourante n'avait dès lors plus la possibilité de choisir elle-même son assureur (c. 2.2 supra).

Partant, seule demeurait ici envisageable une affiliation à une caisse suisse pratiquant la LAMal, la question se posant par contre de savoir si l'OAS était fondé à prononcer d'office une telle affiliation.

4.2 Il ressort du dossier que la recourante, au bénéfice en tant qu'étudiante d'une autorisation de séjour de type B au sens de l'art. 1 al. 2 let. a OAMal, était soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse dans les trois mois qui suivaient son annonce, le 15 septembre 2016, au service des habitants de sa commune de résidence (art. 7 al. 1 OAMal; voir également

c. 2.1 supra et dossier [dos.] OAS 1). Ni dans le délai précité de trois mois qui arrivait donc ici à échéance le 15 décembre 2016, ni même seulement avant que l'OAS ne statue sur son opposition le 29 juin 2017, l'assurée n'a toutefois apporté la preuve qu'elle disposait d'une couverture maladie en accord avec les exigences de la LAMal. A l'appui de son opposition du 30 mai 2017, elle a certes produit une formule officielle d'un autre canton, dûment signée par elle-même ainsi que par son assureur privé, censée attester qu'elle était au bénéfice du 1^{er} septembre au 31 août 2017 d'une couverture d'assurance-maladie (et accidents) équivalente à celle offerte dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins au sens des art. 25 à 31 LAMal (voir le contenu de cette formule au dos. OAS 22). Comme l'a relevé l'OAS, la formule précitée n'était toutefois pas de nature à dispenser la recourante de l'obligation de s'assurer selon la LAMal. Hormis le fait qu'elle ne contenait pas les signatures et/ou tampons originels des parties au contrat, cette formule officielle attestait de l'existence d'une assurance pour étudiants en partie seulement conforme au droit suisse. En effet, d'après les CGA de cette assurance et en contradiction avec les exigences minimales de la LAMal, des franchises élevées (de 20%) sont prévues pour certaines maladies et il existe également des limites ou des exclusions à la prise en charge de plusieurs traitements (voir à ce sujet: mémoire de réponse, p. 2 ch. 2). Faute d'équivalence de cette couverture maladie privée par rapport au droit suisse, il n'est d'aucun secours non plus pour la recourante d'invoquer qu'elle disposait déjà d'une telle assurance au moment de son affiliation d'office, ni d'avoir finalement rempli et déposé avec son recours du 6 juillet 2017 la partie B de la formule A en faisant état, conformément aux exigences usuellement en vigueur dans le canton de Berne. La production de ce document devant le TA intervenait de toute façon tardivement, en l'absence d'une quelconque demande de l'assurée tendant à la restitution du délai imparti par l'OAS. L'assurée n'a du reste jamais contesté son manque de collaboration à l'établissement des faits nécessaires à l'examen de sa situation d'assurance par l'OAS ("Sie haben mich viel Mal nach einem Beweis meiner Krankenversicherung in der Schweiz schon gebeten. Ich entschuldige mich erst mal für diese grosse Verspätung [...]"; "Madame, j'ai causé par mon retard [...] de nombreuses procédures qui vous ont mené à prendre cette décision de m'affilier [...]"; "[...] Croyez que mon intention dans cette procédure est [...] de rattraper

les retards que j'ai causés (fournir des preuves que je suis bel et bien assurée en Suisse)"; dos. OAS 23, recours p. 2 et complément au recours, p. 2).

4.3 Partant, faute pour l'assurée d'avoir produit dans les délais tout élément matériel de nature à prouver - à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218 c. 6; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2) - qu'elle s'était assurée auprès d'un assureur exerçant selon la LAMal (ou, avant l'échéance du délai d'exemption, d'un assureur dont l'offre d'assurance était équivalente à celle-ci), c'est à juste titre que l'OAS l'a affiliée d'office à une caisse-maladie suisse. Comme relevé (c. 4.1 supra), ce même office l'avait en outre dûment avertie, dans la décision du 9 mai 2017, des conséquences encourues si elle refusait de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction. La recourante doit donc supporter, à raison de son comportement, l'absence de preuves propres à avoir empêché une affiliation d'office et, partant, tolérer de ne pouvoir être assurée auprès de l'assureur de son choix. Il lui revient également de supporter la double affiliation pour le risque de maladie consécutive à son absence de collaboration avec l'OAS, respectivement d'accepter les problèmes financiers (supplémentaires) que cette situation engendre. Pour échapper à cette double charge économique, il lui appartiendra de résilier pour le plus proche terme possible son contrat d'assurance-maladie privée. Si cela n'a pas encore été effectué par la recourante, des modèles d'assurance alternatifs pour l'assurance-maladie de base (HMO, médecin de famille, PPO ou TelMed) ainsi qu'une franchise maladie plus élevée voire maximale, à conclure avec l'assureur auquel elle a été affiliée d'office, seront par ailleurs propres à générer de substantielles économies de primes.

Au surplus, l'on rappellera que le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, dans lequel toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie (c. 2.1, 4.1 et 4.2 supra), était ici échu depuis le 15 décembre 2016. Or, dès l'échéance de ce délai, l'OAS avait l'obligation d'affilier l'intéressée d'office (message du Conseil fédéral publié dans FF 1992 I 126). Ce devoir de célérité s'explique en effet par le fait que dans

l'hypothèse d'une affiliation tardive, comme c'est le cas pour la recourante, l'assurance ne déploie ses effets que dès l'affiliation (au cas particulier dès le 10 mai 2017; art. 5 al. 2 LAMal) et que d'éventuels frais de maladie survenus durant une lacune d'affiliation devront être pris en charge exclusivement par l'assuré (G. EUGSTER in: MURER/STAUFFER, op. cit., art. 5 n. 3). Eu égard à ces éléments, l'on relèvera que l'OAS s'est montré indulgent en accordant des délais supplémentaires à la recourante tant au stade de la demande d'exemption que pour s'affilier à un assureur-maladie exerçant selon la LAMal.

A la suite de l'OAS, l'on mentionnera enfin qu'il était loisible à l'assurée de déposer, pour l'année civile en cours concernée, une demande de réduction des primes de l'assurance-maladie (voir art. 24 al. 3 LiLAMAM et formalités explicitées dans la décision sur opposition, p. 4 ch. 7). A toutes fins utiles, il lui est en outre précisé qu'un supplément de prime en raison de son affiliation tardive pourra être exigé de l'assureur-maladie auquel elle a été affiliée d'office, lequel devra à cet effet examiner si le retard est excusable ou non (art. 5 al. 1 LAMal).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

5.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, avec un exemplaire du courrier du 13 novembre 2017 de l'OAS avec annexe,
 - à l'OAS,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).