

200.2018.706.CM

N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du juge unique du 20 mai 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
Ph. Berberat, greffier

A. _____

recourant

contre

Office des assurances sociales (OAS)

Service de la réduction des primes et de l'application du régime obligatoire
Forelstrasse 1, 3072 Ostermundigen

relatif à une décision sur opposition rendue par ce dernier le 18 septembre
2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1996 et domicilié en France, a été employé le 14 août 2017 par une entreprise de travail intérimaire pour un engagement dans le canton de Berne en tant que travailleur frontalier. A partir du 1^{er} avril 2018, il a été employé pour une durée indéterminée par l'entreprise dans laquelle il avait travaillé comme intérimaire, toujours en tant que frontalier domicilié en France. Le 9 avril 2018, l'Office des assurances sociales (OAS) de la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques du canton de Berne (JCE) a reçu de la part de l'intéressé une demande d'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Par décision du 31 juillet 2018, l'OAS a refusé d'entrer en matière sur cette demande, pour cause de tardiveté.

B.

Par décision sur opposition du 18 septembre 2018, l'OAS a rejeté l'opposition formée le 23 août 2018 par l'intéressé, considérant en substance que ce dernier ne pouvait faire valoir aucun motif justifiant la tardiveté de sa demande.

C.

Par acte daté du 25 septembre 2018 et posté le 26 septembre 2018, l'intéressé a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée, en contestant toute tardiveté et en concluant implicitement à ce qu'il soit exempté de l'obligation de s'assurer au régime d'assurance-maladie suisse. Par ordonnance du 1^{er} octobre 2018, la juge instructrice a invité le recourant à désigner jusqu'au 19 octobre 2018 une adresse de notification en Suisse, ce qu'il a fait dans le délai qui lui avait été imparti. Dans son mémoire de réponse du 26 octobre 2018, l'OAS a conclu au rejet du recours. Dans sa

réplique du 11 novembre 2018, précédée d'un courriel du 7 novembre 2018 transmis au TA par courrier de l'OAS du 8 novembre 2018, le recourant a maintenu sa position. Par courrier du 18 novembre 2018, il a par ailleurs répondu aux questions posées par la juge instructrice dans son ordonnance du 14 novembre 2018. Le 4 décembre 2018, l'OAS a renoncé à dupliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition rendue le 18 septembre 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'irrecevabilité d'une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie, prononcée pour cause de tardiveté par l'OAS dans sa décision du 31 juillet 2018. L'objet du litige, limité par l'objet de la contestation, ne peut porter que sur l'annulation de la décision sur opposition confirmant le refus d'entrée en matière (ATF 131 V 164 c. 2.1). Le recourant conteste en particulier avoir déposé tardivement sa demande d'exemption, invoquant notamment avoir fait deux demandes successives respectant toutes deux les délais prescrits.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est 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]). Il est irrecevable dans la mesure où le recourant requiert du TA qu'il l'exempte de l'obligation d'assurance. Au cas où le refus d'entrer en matière devrait être annulé, la cause serait renvoyée à l'OAS pour qu'il se prononce sur la question de fond.

1.3 Le jugement de la cause est de la compétence du juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]; voir aussi l'art. 57 al. 5 LOJM en corrélation avec l'art. 35 al. 2 let. b de la loi cantonale du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire [LiLAMAM, RSB 842.11]).

1.4 Le TA examine librement la décision 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 L'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. L'art. 1 al. 1 de l'Annexe II à l'ALCP, annexe qui fait partie intégrante de l'accord et qui complète l'art. 8 ALCP, dispose que les parties contractantes conviennent d'appliquer entre elles, dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, les actes juridiques de l'Union européenne (UE) auxquels il est fait référence dans la section A de cette annexe, tels que modifiés par celle-ci, ou des règles équivalentes à ceux-ci. Ainsi, l'art. 95a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) renvoie notamment au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (JO L 284 du 30. 10. 2009, p. 43), adapté selon l'Annexe II à l'ALCP (Règlement 883/2004, RS 0.831.109.268.1).

2.2 En principe, le travailleur frontalier est soumis à la législation de l'Etat où il travaille (principe de la *lex loci laboris*): l'Etat compétent est l'Etat d'emploi (art. 1 let. f et 11 al. 3 let. a du Règlement n° 883/2004; ATF 142 V 192 c. 3.1, 136 V 295 c. 2.3, 135 V 339 c. 4.3). Ce principe peut être assorti d'exceptions (art. 16 al. 1 du Règlement n° 883/2004). Les personnes

soumises au droit suisse peuvent ainsi, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire si elles résident en France, pour autant qu'elles amènent la preuve qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie. Cette faculté est dénommée "droit d'option" et doit être exercée sur demande dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; lorsque, dans des cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance (chapitre "Suisse" ch. 3 let. b de l'Annexe XI au Règlement 883/2004 et de la Section A de l'Annexe II à l'ALCP; ATF 142 V 192 c. 3, 136 V 295 c. 2.3, 135 V 339 c. 4.3). Pour les frontaliers, le délai précité commence à courir dès le premier jour de travail (ATF 142 V 192 c. 3.5, 136 V 295 c. 2.3.3; GUYLAINE RIONDEL BESSON, *Le droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'accord sur la libre circulation des personnes: difficultés de mise en œuvre et conséquences pour les assurés* dans: Cahiers genevois et romandes de sécurité sociale [CGSS] n° 42-2009 p. 35).

2.3 Le droit suisse a été adapté pour tenir compte du droit d'option instauré par la réglementation européenne. Selon la législation suisse, les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son Annexe II sont tenues de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie (art. 3 al. 3 let. a LAMal; art. 1 al. 2 let. d de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]). Sont toutefois exemptées sur requête les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE, pour autant qu'elles puissent être exceptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'ALCP et de son Annexe II et qu'elles prouvent qu'elles bénéficient d'une couverture en cas de maladie dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de l'UE et en Suisse (art. 2 al. 6 OAMal; sur l'ensemble de ces questions, concernant l'assujettissement à l'assurance-maladie suisse d'un travailleur frontalier résidant en France, voir ATF 142 V 192).

3.

3.1 Dans la mesure où le recourant est de nationalité française et où l'objet du litige concerne l'obligation de s'assurer auprès d'une caisse-maladie suisse, le présent litige entre dans le champ d'application temporel, personnel et matériel de l'ALCP et du Règlement 883/2004 (art. 2 al. 1 et art. 3 al. 1 let. a Règlement 883/2004; ATF 136 V 295 c. 2.1-2.2, 135 V 339 c. 4.1-4.2).

On constate au vu du dossier que le recourant, domicilié en France, exerce une activité lucrative en Suisse depuis le 14 août 2017. En vertu du principe de l'application de la législation du lieu de travail, il est dès lors soumis à l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie au sens de l'art. 3 al. 3 let. a LAMal. Toutefois, en tant que travailleur frontalier domicilié en France, le recourant dispose de la possibilité de choisir entre le régime d'assurance-maladie de son pays de domicile et celui de la Suisse, Etat dans lequel il exerce son activité lucrative (voir ci-dessus c. 2.2 et 2.3).

3.2 Dans sa décision du 31 juillet 2018 et sa décision sur opposition du 18 septembre 2018, l'OAS ne remet pas en cause le droit d'option dont dispose le recourant. En revanche, il est d'avis que l'une des conditions formelles d'exercice de ce droit d'option n'a pas été respectée et a refusé d'entrer en matière sur la demande d'exemption déposée le 9 avril 2018 par l'intéressé. L'OAS considère que ce dernier n'a pas respecté le délai de trois mois pour déposer une telle demande, délai qui avait commencé à courir dès la remise de l'autorisation frontalière (permis G) au recourant, reçue le 14 août 2017 lors de sa prise d'emploi en Suisse. L'OAS est d'avis que le recourant a agi hors délai en ne lui remettant le formulaire intitulé "Choix du système d'assurance-maladie" que le 9 avril 2018, car il lui incombait de lui faire parvenir ledit formulaire dans les trois mois à partir du 14 août 2017, et non pas de se contenter, à l'époque, de le faire remplir par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de son lieu de domicile, comme il l'a fait.

3.3 Le recourant objecte quant à lui en substance qu'il a initié les démarches nécessaires dans les délais. Il invoque avoir rempli, fait compléter par la CPAM et envoyé sous pli simple le formulaire idoine en

septembre 2017 dès son premier engagement en Suisse. Il estime ne pas pouvoir être tenu responsable du fait que cet envoi n'est jamais parvenu à l'OAS. Concernant sa demande reçue le 9 avril 2018 par l'OAS, le recourant déclare avoir entrepris à nouveau les démarches d'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse lors de son changement d'employeur, ayant cru devoir les réitérer à cette occasion et en respectant une seconde fois le délai prescrit.

4.

4.1 L'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les travailleurs frontaliers domiciliés en France est conditionnée à la production du formulaire "Choix du système d'assurance maladie", qui atteste que la personne intéressée est assurée en France. Le formulaire doit obligatoirement être visé par la CPAM du lieu de résidence en France de l'intéressé avant d'être retourné à l'autorité suisse compétente (ch. 6 du formulaire; voir l'art. 3 de l'Accord du 7 juillet 2016 entre les autorités compétentes de la Confédération suisse et de la République française concernant la possibilité d'exemption de l'assurance-maladie suisse). Conformément au ch. 3 let. b/aa du chapitre "Suisse" de l'Annexe XI au Règlement 883/2004, le formulaire en question doit être remis à l'autorité suisse compétente dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse. La même disposition précise encore que, lorsque la demande est déposée après ce délai et pour autant qu'il s'agisse d'un cas justifié, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance. Par ailleurs, conformément à l'art. 2 ch. 2 de l'Accord du 7 juillet 2016 entre les autorités compétentes de la Confédération suisse et de la République française concernant la possibilité d'exemption de l'assurance-maladie suisse, le délai de trois mois commence à courir dès la prise d'activité en Suisse. La procédure d'exercice du droit d'option est également décrite de manière précise à la p. 3 du formulaire "Choix du système d'assurance-maladie":

Pour le travailleur frontalier ou la travailleuse frontalière :

1. Compléter les parties 1, 2 et 4

2. Cocher votre choix du système d'assurance-maladie (français ou suisse) dans la partie 5
3. Vous devez dans tous les cas faire compléter la partie 6 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Vous devez ensuite transmettre le formulaire dans le délai de 3 mois à l'organe cantonal compétent de votre canton de travail (la liste des organes cantonaux est disponible sous www.bag.admin.ch <Thèmes <Assurances <Assurance-maladie <Assurés domiciliés à l'étranger <Obligation de s'assurer <Travailleurs frontaliers en Suisse)

4.2 Par ailleurs, selon l'art. 6a al. 1 let. a LAMal, les cantons informent sur l'obligation de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne et qui sont tenues de s'assurer parce qu'elles exercent une activité lucrative en Suisse. Dans le canton de Berne, les frontaliers domiciliés en France peuvent s'informer sur l'assurance obligatoire des soins en Suisse et le droit d'option en consultant le site internet de la JCE (rubrique: Réduction des primes/Généralités/Régime obligatoire selon la LAMal), où le formulaire d'examen de l'obligation de s'assurer en Suisse (formulaire M) et le formulaire de choix du système d'assurance-maladie pour les frontaliers domiciliés en France sont notamment disponibles. Dans sa décision sur opposition du 18 septembre 2018, l'OAS a par ailleurs relevé que le Service des migrations du canton de Berne (SEMI) joint systématiquement à l'autorisation frontalière la feuille d'information "Assurance obligatoire des soins en Suisse; informations à l'intention des frontaliers domiciliés en France exerçant une activité dans le canton de Berne", et qu'en l'occurrence, le SEMI a délivré l'autorisation frontalière du recourant valable à partir du 14 août 2017 et l'a envoyée à son premier employeur en Suisse en y joignant la feuille d'information, comme il le fait habituellement. A l'instar de ce qu'a considéré l'OAS dans la décision sur opposition contestée, rien ne permet en outre de penser que l'employeur du recourant n'aurait pas transmis à ce dernier la feuille d'information en question en même temps que son autorisation frontalière; le recourant ne l'invoque d'ailleurs pas. En conséquence, après lecture de ladite feuille d'information, le recourant était en possession de toutes les informations nécessaires concernant son obligation d'assurance, la faculté d'en requérir son exemption et les conditions à cet effet, ainsi que l'autorité à laquelle il devait faire parvenir le formulaire "Choix du système d'assurance-maladie", de même que le délai pour le faire. Enfin, à la

lecture attentive du formulaire, il ne pouvait ignorer que celui-ci devait être transmis à l'organe compétent en Suisse dans un délai de trois mois et que les seules démarches auprès de la CPAM n'étaient pas suffisantes pour obtenir une exemption de l'obligation d'assurance au régime de la LAMal.

5.

5.1 Dans son recours, l'intéressé invoque en substance que le formulaire de choix du système d'assurance-maladie a été rempli une première fois le 18 septembre 2017 par la CPAM et que le délai de trois mois avait donc été respecté. Il ajoute que l'entreprise dans laquelle il était tout d'abord engagé comme intérimaire l'a embauché ensuite à partir du 1^{er} avril 2018 et que pour cette raison, il a remis le formulaire une seconde fois à la CPAM, qui l'a rempli le 30 mars 2018 en précisant "changement d'employeur", et que c'est ce second document qui est parvenu le 9 avril 2018 à l'OAS. Dans sa réplique du 11 novembre 2018, il déclare par ailleurs être dans l'impossibilité matérielle de prouver l'envoi, en septembre 2017, du formulaire de choix du système d'assurance-maladie, l'ayant envoyé en courrier ordinaire. Il fait valoir sa bonne foi pour l'envoi de sa demande en septembre 2017, ayant suivi scrupuleusement les conseils de la CPAM et de ses deux employeurs successifs.

5.2 Le principe général du fardeau de la preuve est régi par l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC, RS 210). Il dispose que chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit, et est également applicable en droit procédural (ATF 142 V 389 c. 2.2). Certes, le principe inquisitoire (ou de l'instruction d'office), qui domine la procédure en matière d'assurances sociales, exclut en soi par définition le fardeau de la preuve dans la mesure où celui-ci représente un fardeau d'instruction de la preuve. En effet, il appartient au tribunal – et à l'autorité qui rend la décision – de se soucier de rassembler les preuves. Le fardeau de la preuve n'incombe donc en général aux parties que dans la mesure où, en l'absence de preuve, la décision serait défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé. Cette règle ne vaut cependant que s'il se révèle

impossible, sur la base d'une appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 138 V 218 c. 6, 144 V 427 c. 3.2). 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)

5.3 En l'espèce, on constate que le recourant n'a invoqué expressément ni dans son opposition du 19 août 2018, ni dans son recours, qu'il aurait effectivement envoyé lui-même le formulaire de choix du système d'assurance-maladie à l'OAS en septembre 2017. Il a simplement déclaré que les documents nécessaires à l'exemption de l'obligation d'assurance en Suisse avaient été remplis par la CPAM le 18 septembre 2017, qu'il estimait que le délai de trois mois avait dès lors été respecté et que la CPAM lui avait confirmé en septembre 2018 qu'il était bien affilié au système d'assurance-maladie français et que tout était en ordre.

Cela étant, les déclarations faites ultérieurement par le recourant dans sa réplique du 11 novembre 2018, alléguant qu'il avait envoyé le formulaire idoine à l'OAS en courrier ordinaire en septembre 2017, ne sauraient convaincre. En effet, en droit des assurances sociales s'applique la règle de preuve selon laquelle les déclarations dites de la "première heure" sont en général plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite, qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière (ATF 143 V 168 c. 5.2.2, 121 V 45 c. 2a). Tout porte dès lors à croire que le recourant, compte tenu de ses déclarations antérieures, a estimé qu'en remettant le formulaire de choix du système d'assurance-maladie à la CPAM, qui a rempli la rubrique la concernant, a estimé qu'il avait donné suite en temps voulu à son droit d'opter pour l'assurance-maladie française, mais qu'il a omis d'envoyer ensuite ledit formulaire à l'OAS. Cette hypothèse est du reste confirmée par le fait que le recourant a engagé une nouvelle fois l'ensemble des démarches lors de la prise d'effet de son nouveau contrat de travail, qui n'impliquait aucune interruption d'emploi, en cochant la case selon laquelle il n'avait pas à ce jour déposé formellement de demande d'exemption. L'explication selon laquelle le

recourant a procédé ainsi parce qu'il croyait devoir entièrement recommencer les démarches au vu du changement d'employeur ne correspond pas à la teneur du formulaire. Au surplus, à cet égard, le recourant, en automne 2017, ne peut prétendre s'être trouvé dans l'erreur sans faute de sa part, dans la mesure où le formulaire mentionne clairement à sa page 3 qu'il doit être déposé auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale (date de prise d'activité en Suisse ou d'octroi d'une rente suisse) ou de la domiciliation en France, sans quoi l'autorité compétente suisse procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse. En ce sens, le recourant ne saurait bénéficier d'une restitution du délai de trois mois applicable à la production du formulaire. En effet, aux termes de la jurisprudence, un délai ne doit être restitué que dans la mesure où aucune faute, pas même seulement une négligence légère, ne peut être reprochée à la partie concernée; or, si une erreur non fautive – qui ne peut être admise qu'après un examen rigoureux de la situation - peut notamment représenter un motif de restitution du délai, une erreur due à une inattention ne constitue pas un tel empêchement non fautif (SVR 2017 IV n° 24 c. 2.2). Il incombait au recourant de s'assurer de la réception par l'OAS du formulaire de choix du système d'assurance-maladie puisqu'il admet lui-même ne pas l'avoir envoyé sous pli recommandé et ce d'autant plus, en l'absence de toute réaction faisant suite à son courrier.

Enfin, le fait que le recourant ait rempli une seconde fois le formulaire de choix du système d'assurance-maladie lors de son changement d'employeur, l'ayant derechef fait contresigner par la CPAM le 30 mars 2018, puis envoyé à l'OAS, qui l'a reçu le 9 avril 2018, ne saurait faire partir un nouveau délai de trois mois permettant au recourant d'opter une nouvelle fois pour l'un des deux systèmes d'assurance-maladie, suisse ou français, et influencer sur l'issue du présent litige. En effet, même s'il a changé d'employeur le 1^{er} avril 2018, il a exercé une activité lucrative en tant que frontalier en Suisse sans interruption depuis le 14 août 2017, date de la délivrance de son autorisation frontalière. Or, dans la mesure où il n'a pas subi de période de chômage entre les deux activités, c'est bien la première prise d'activité en Suisse du recourant, intervenue simultanément avec

l'octroi de son autorisation de séjour frontalier, qui constitue le fait générateur de son obligation de s'assurer en Suisse à l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal et du délai de trois mois imparti pour le dépôt auprès de l'autorité compétente suisse du formulaire de choix du système d'assurance-maladie. De même, le nouveau délai d'exemption prévu à l'art. 4 de l'Accord franco-suisse du 7 juillet 2016 (voir ci-dessus c. 4.1), prévu pour la régularisation des cas antérieurs à l'Accord, n'est d'aucun secours au recourant.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que, par décision sur opposition du 18 septembre 2018, l'OAS a rejeté l'opposition formée par le recourant contre sa décision du 31 juillet 2018 déclarant irrecevable la demande d'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse, au motif que celle-ci ne lui était pas parvenue dans les trois mois à compter de la survenance, le 14 août 2017, de l'obligation de s'assurer en Suisse. Le recours doit dès lors être rejeté.

6.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

6.3 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'OAS,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).