

200.2023.464.CM
N° AVS
MAU/EGC

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

Jugement du juge unique du 6 novembre 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge
A. Mariotti, greffière

A. _____

recourant

contre

Direction de l'intérieur et de la justice du canton de Berne
agissant par l'Office des assurances sociales (OAS)
Forelstrasse 1, 3072 Ostermundigen

relatif à une décision sur opposition de l'Office des assurances sociales du
30 mai 2023



En fait:

A.

A. _____, ressortissant français né en 1993, est domicilié en France. Le 1^{er} juin 2022, il a été engagé par une entreprise sise dans le canton de Berne.

B.

Par des courriers des 13 mai, 24 juin et 19 août 2022 rédigés en allemand, l'Office des assurances sociales du canton de Berne (ci-après: l'Office des assurances sociales) a informé l'intéressé que dans les trois mois suivant la prise d'activité en Suisse, le travailleur frontalier devait s'affilier à une caisse-maladie suisse ou lui faire parvenir une requête d'exemption. Par un courrier électronique du 28 août 2022, une personne nommée B. _____ a transmis à l'Office des assurances sociales une "attestation de droits à l'assurance maladie" établie au nom de A. _____. Par retour de courrier électronique du 19 septembre 2022, l'Office des assurances sociales a indiqué à l'expéditrice que cette attestation était insuffisante et l'a renvoyée à son site internet. Sans autre réaction de l'intéressé, l'Office des assurances sociales a affilié celui-ci à une caisse-maladie suisse par décision du 21 septembre 2022. A. _____ a fait opposition contre cette décision par courrier du 29 septembre 2022. Il a fait parvenir un formulaire quant au choix du système d'assurance-maladie signé le 27 septembre 2022 par sa caisse-maladie française. Par décision sur opposition du 30 mai 2023, l'Office des assurances sociales a rejeté l'opposition de A. _____ et confirmé l'affiliation de celui-ci à une caisse-maladie suisse.

C.

Par un acte du 6 juin 2023, posté le 13 juin 2023 et amélioré le 25 juin 2023, A. _____ conteste la décision sur opposition de l'Office des assurances sociales du 30 mai 2023 auprès du Tribunal administratif

du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif). Il conclut implicitement à l'annulation de cette décision et, partant, à l'annulation de son affiliation auprès d'une caisse-maladie suisse. L'Office des assurances sociales conclut au rejet du recours. Les parties se sont encore déterminées dans des écritures ultérieures.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition rendue le 30 mai 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'affiliation du recourant auprès d'une caisse-maladie suisse à partir du 22 septembre 2022. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et, partant, de l'affiliation du recourant auprès de cette caisse-maladie.

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]).

1.3 Le jugement de la cause est de la compétence du juge unique de la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif (art. 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] en relation 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 Tribunal administratif 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 du 21 juin 1999 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 par. 1 annexe II 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 octobre 2009, p. 43), adapté selon l'annexe II ALCP (RS 0.831.109.268.1, ci-après: règlement 883/2004).

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 par. 3 let. a du règlement n° 883/2004; ATF 142 V 192 c. 3.1). Ce principe peut être assorti d'exceptions (art. 16 par. 2 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 ALCP; ATF 147 V 402 c. 4.1).

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.

Dans la mesure où le recourant est de nationalité française, a son domicile en France et travaille en Suisse, le présent litige entre dans le champ d'application temporel, personnel et matériel de l'ALCP et du règlement 883/2004 quant à l'affiliation à l'assurance-maladie (art. 2 par. 1 et art. 3 par. 1 let. a du règlement 883/2004; ATF 136 V 295 c. 2.2, 135 V 339 c. 4.2). Le recourant exerce une activité lucrative en Suisse depuis le 1^{er} juin 2022. 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.

4.

4.1 Dans sa décision du 21 septembre 2022 et sa décision sur opposition du 30 mai 2023, l'Office des assurances sociales a constaté avoir informé le recourant à plusieurs reprises de ses obligations, et en particulier du délai dans lequel son éventuel droit d'option devait être exercé. Jugeant que le recourant n'avait pas fait parvenir le formulaire idoine correctement complété dans le délai de trois mois suivant le début de son activité lucrative en Suisse, l'autorité précédente l'a affilié d'office à une caisse-maladie suisse.

4.2 Le recourant fait pour sa part en substance valoir être assuré en France depuis toujours. Il reconnaît expressément avoir reçu le premier courrier de l'autorité précédente du 13 mai 2022, mais se plaint de ce que celui-ci était rédigé en allemand, langue qu'il ne comprend pas. Il affirme à ce propos avoir demandé conseil à un collègue de travail, celui-ci lui ayant expliqué qu'il ne fallait porter aucune attention à cet écrit. Il ajoute avoir fait toutes les démarches nécessaires dans les meilleurs délais dès le moment où il a eu connaissance de la demande de l'autorité précédente.

5.

5.1 L'exemption de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse pour les travailleurs frontaliers domiciliés en France est soumise à la condition de 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 caisse d'assurance-maladie française 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 [ci-après: accord du 7 juillet 2016]). Conformément au ch. 3 par. 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. A teneur de l'art. 2 par. 2 de l'accord du 7 juillet 2016, 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".

5.2 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 l'Office des assurances sociales (rubrique: Thème/Assurance obligatoire des soins [AOS]/Exception à l'obligation de s'assurer), où le formulaire de choix du système d'assurance-maladie pour les frontaliers domiciliés en France est notamment disponible. Les renseignements sont au plus tard fournis avec l'autorisation frontalière. C'est pourquoi il peut être toléré que le délai de trois mois court depuis la réception de ce document (art. 27 al. 1 LPGa).

6.

6.1 Il ressort du dossier que le recourant a obtenu une autorisation frontalière en vue d'exercer une activité lucrative en Suisse. Il a débuté cette activité le 1^{er} juin 2022. A la suite des trois courriers rédigés en allemand par l'autorité précédente les 13 mai, 24 juin et 19 août 2022, adressés au recourant (le dernier courrier par envoi recommandé), celui-ci a fourni à l'autorité précédente une attestation d'affiliation à l'assurance-maladie française valable dès le 27 août 2022 pour une année. Faute de formulaire idoine convenablement rempli, l'autorité précédente a écrit au recourant le 19 septembre 2022 pour lui dire de procéder conformément aux indications ressortant de son site internet, en l'occurrence de remplir le formulaire "Choix du système d'assurance-maladie". Ce n'est que lors de la

procédure d'opposition, par courrier électronique du 22 octobre 2022, que le recourant a transmis à l'autorité précédente le formulaire attendu par celle-ci. Ce document, daté du 17 octobre 2022 avait été complété le 24 septembre 2022 par le recourant et réceptionné par la caisse primaire d'assurance maladie française compétente le 27 septembre 2022. Le 11 octobre 2023, le recourant a encore produit une "attestation de fin de droits" de la caisse primaire d'assurance maladie française précitée confirmant l'affiliation du recourant à celle-ci pour la période allant du 2 novembre 2020 au 21 septembre 2022.

6.2 En l'occurrence, le recourant a commencé de travailler dans le canton de Berne le 1^{er} juin 2022 et, à cette date, avait d'ores et déjà été averti par l'autorité précédente de son obligation d'affiliation en Suisse, respectivement de la possibilité de demander une exemption à cette obligation. Par conséquent, le délai de trois mois pour faire valoir le droit d'option au moyen du formulaire prévu à cet effet arrivait à échéance à la fin du mois d'août 2022. Certes, le 28 août 2022, le recourant a fait parvenir à l'autorité précédente une attestation de son assurance-maladie française pour une couverture du 27 août 2022 au 26 août 2023. Force est toutefois de constater que, selon la jurisprudence, seule une demande d'exemption effectuée dans le délai de trois mois au moyen du formulaire "Choix du système d'assurance-maladie applicable" dûment rempli et visé est valable pour exercer le droit d'option (voir à ce propos arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_105/2016 du 5 avril 2016 c. 3.5). Pour cette raison déjà, l'attestation produite a justement été considérée comme insuffisante par l'autorité précédente. En tout état de cause, cette attestation, dont la première page manque (seule la page 2/2 figure au dossier), ne renseigne en rien quant à l'étendue de la couverture de l'assurance. Par conséquent, le recourant ne saurait en tirer quelque droit que ce soit. A ce propos, si on peut regretter que l'autorité précédente ait mis près de trois semaines pour répondre au recourant, il convient néanmoins de mentionner qu'une réponse plus rapide n'aurait pas permis à celui-ci de faire une demande d'exemption en bonne et due forme dans le délai légal. Le formulaire finalement produit a pour sa part été complété après la fin du délai de trois mois et ne permet par conséquent pas de donner suite à la demande d'exemption. Au même titre, l'attestation datée du 11 octobre 2023 n'est d'aucune utilité au recourant.

En définitive on doit retenir avec l'autorité précédente que le recourant n'a pas déposé sa demande d'exemption dans les formes et délais légaux.

6.3 Le recourant soutient toutefois ne pas avoir compris les courriers que lui a envoyés l'Office des assurances sociales, dès lors que ceux-ci étaient rédigés en allemand. Il fait par conséquent valoir, à tout le moins implicitement, un motif justifiant une restitution du délai de trois mois. Pour sa part, l'autorité précédente a expliqué que, pour des raisons informatiques qui lui échappaient, le recourant avait été enregistré comme germanophone dans son système, mais que si cet administré en avait fait la demande, elle aurait changé la langue de correspondance. Quant à la langue de ces documents, on peut tout d'abord mentionner qu'il est surprenant que des courriers soient envoyés en allemand à des ressortissants français et qu'à aucun moment les collaborateurs de l'autorité précédente, alors qu'aucune réponse du destinataire ne leur parvient, n'envisagent qu'il puisse y avoir un défaut de compréhension de la part de celui-ci. Quand bien même, le simple fait que trois courriers aient été envoyés en allemand au recourant ne suffit pas d'emblée pour admettre une restitution du délai de trois mois. En effet, l'art. 41 LPGA prévoit que si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis. 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 et à son représentant. Entre en ligne de compte comme motif de restitution du délai une impossibilité objective d'agir en temps voulu, comme par exemple en cas de catastrophe naturelle, de service militaire ou de maladie grave, ou une impossibilité subjective lorsqu'un acte aurait certes pu objectivement être effectué, mais que la personne concernée en a été empêchée par des circonstances particulières dont elle n'a pas à répondre. Une erreur non fautive peut notamment représenter un motif de restitution du délai, mais ne peut être admise qu'après un examen rigoureux de la situation. En particulier, une erreur due à une inattention ne constitue pas un tel empêchement non fautif (SVR 2017 IV n° 24 c. 2.2). La jurisprudence a

retenu que si un jugement ou une décision n'est pas bien compris, il est raisonnable que la personne concernée se renseigne sur son contenu et sa portée. Dans ce cas, il ne saurait y avoir empêchement non fautif d'agir dans le délai de recours (RCC 1982 p. 38 c. 1). L'ignorance d'une langue (et, partant, la nécessité de faire traduire une décision) ne justifie pas l'inobservation du délai (RCC 1991 p. 333 c. 2; voir également TF 1P.232/2006 du 3 juillet 2006 c. 3.3 qui se réfère à une ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances). Par conséquent, sur le vu de la jurisprudence qui précède, le recourant ne saurait se prévaloir de sa méconnaissance de la langue allemande pour prétendre à une restitution du délai, afin de déposer sa demande d'exemption à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Cela est d'autant moins le cas en l'espèce que le délai pour procéder était de trois mois, c'est-à-dire un délai particulièrement long, et que le recourant n'a pris contact avec l'autorité précédente que trois jours avant la fin de ce délai. A cela s'ajoute que si les courriers étaient effectivement rédigés en allemand, ils contenaient deux adresses internet, clairement identifiables quelle que soit la langue, qui, si celles-ci avaient été consultées par le recourant, lui auraient permis de remplir le questionnaire d'exemption en français, respectivement de s'informer quant à la procédure à suivre. En ne s'informant pas directement après avoir réceptionné les courriers, que ce soit auprès de l'autorité précédente ou sur le site internet de celle-ci, mais en invoquant sa méconnaissance de l'allemand plus de trois mois après la réception du premier courrier, le recourant a agi contrairement au principe de la bonne foi (ATF 139 IV 228 c. 1.3; TF 2C_603/2021 du 8 février 2022 c. 6.1). Le fait qu'un tiers, dont au demeurant on ne sait rien, lui ait indiqué qu'il n'y avait pas de suite à donner aux courriers reçus n'a aucune incidence sur les développements qui précèdent.

6.4 Par conséquent, puisque le recourant n'a pas remis à temps son formulaire d'option pour l'assurance française à l'Office des assurances sociales et n'a pas non plus établi avoir des motifs justifiant une restitution de délai, il est soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse, c'est-à-dire dans le pays où il exerce une activité lucrative. Dans la mesure où il ne s'est pas affilié personnellement à une caisse-maladie, c'est à bon droit que

l'autorité précédente l'a affilié d'office (art. 6a al. 3 LAMal). A ce propos, on relèvera que le recourant ne conteste d'ailleurs pas ce point.

7.

7.1 Sur le vu de ce qui précède, c'est de manière conforme au droit que, par décision sur opposition du 30 mai 2023, l'Office des assurances sociales a rejeté l'opposition formée par le recourant contre sa décision du 21 septembre 2022 prononçant son affiliation d'office à une caisse-maladie suisse, au motif que celui-ci n'avait pas fait valoir de motif d'exemption d'affiliation dans les trois mois à compter de la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse et ne s'était pas non plus personnellement affilié à une caisse-maladie suisse. Le recours doit dès lors être rejeté.

7.2 Les frais judiciaires, fixés à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 1 al. 1 LAMal en relation avec art. 61 let. ^fbis LPGA *a contrario*; art. 102, 103 et 105 al. 2 LPJA; art. 1, 4 al. 2 et 51 let. e du décret cantonal du 24 mars 2010 concernant les frais de procédure et les émoluments administratifs des autorités judiciaires et du Ministère public [DFP, RSB 161.12]) et compensés avec l'avance de frais fournie.

7.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais judiciaires de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'Office des assurances sociales du canton de Berne,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le juge:

La greffière:

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).