

**200.2024.523.CM**

N° AVS  
BEP/EGC

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

**Jugement du juge unique du 25 avril 2025**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, juge  
Ph. Berberat, greffier

**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'OAS du 19 juillet 2024



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, ressortissant français né en 1988, domicilié en France et titulaire d'une autorisation frontalière UE/AELE, a travaillé en tant que frontalier pour un employeur situé dans le canton du Jura de 2018 au 30 novembre 2022. A partir du 12 décembre 2022, il a entamé une nouvelle activité salariée en tant que frontalier auprès d'un employeur sis dans le canton de Berne. Le 6 janvier et le 17 février 2023, l'Office des assurances sociales (OAS) de la Direction de l'intérieur et de la justice du canton de Berne (DIJ) l'a rendu attentif au fait qu'il avait l'obligation, dans les trois mois suivant le début de son activité lucrative en Suisse, de conclure une assurance de base auprès d'une caisse-maladie suisse ou d'introduire une demande d'exemption, s'il désirait rester affilié au système d'assurance-maladie français. Le 25 février 2023, le prénommé a produit auprès de l'OAS une demande d'exemption du régime de l'assurance-maladie obligatoire, assortie d'un formulaire idoine déclarant qu'il choisissait de s'assurer au régime français de l'assurance-maladie. Par décision du 29 novembre 2023, l'OAS a communiqué à l'assuré que sa demande était incomplète. Il l'a invité à fournir, dans un délai échéant le 15 janvier 2024, une exemption valable délivrée par le canton du Jura ou le formulaire de choix du système d'assurance-maladie dûment complété et signé par la Caisse primaire d'assurance-maladie française (CPAM), ou encore une copie d'une éventuelle police d'assurance de base d'une caisse-maladie suisse. Dans la même décision, l'OAS avertissait l'intéressé que, s'il ne donnait pas suite à cette injonction ou si les conditions d'une exemption n'étaient pas remplies, il serait affilié d'office à une caisse-maladie suisse. Par décision du 28 février 2024, l'OAS a prononcé l'affiliation d'office auprès d'une caisse-maladie suisse avec effet au 29 février 2024, après avoir constaté qu'aucune suite n'avait été donnée à la décision antérieure du 29 novembre 2023.

## **B.**

Au moyen d'une décision sur opposition du 19 juillet 2024, l'OAS n'est pas entré en matière sur l'opposition formée par l'intéressé le 3 juillet 2024 (complétée en date du 17 juillet 2024), motif pris de la tardiveté de celle-ci.

## **C.**

Par acte du 7 août 2024 et complété le 10 septembre 2024, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition du 19 juillet 2024, en concluant implicitement à son annulation. Il a déclaré qu'il souhaitait rester affilié au régime français de l'assurance-maladie et a justifié la tardiveté de son opposition par la lenteur de la réaction de la CPAM. Dans son mémoire de réponse du 18 octobre 2024, l'OAS a conclu au rejet du recours. Bien que rendu attentif à son droit de répliquer, le recourant n'en a pas fait usage.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 19 juillet 2024 constitue l'objet de la contestation. Elle relève du droit des assurances sociales et prononce un refus d'entrer en matière, pour cause de tardiveté, sur l'opposition déposée par le recourant. L'objet du litige est limité par l'objet de la contestation. Il ne peut donc porter en l'espèce que sur l'annulation de la décision sur opposition et sur le renvoi de la cause à l'OAS afin qu'il entre en matière sur l'opposition, puis rende une nouvelle décision matérielle (sur les notions d'objet de la contestation et du litige, voir ATF 144 II 359 c. 4.3, 131 V 164 c. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_86/2021 du 14 juin 2021 c. 5.2, in SVR 2021 AHV n° 21; RUTH HERZOG, in HERZOG/DAUM [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2<sup>e</sup> éd. 2020 [cité: *VRPG-Kommentar*], art. 72 n.

12). La justification de l'affiliation d'office à une caisse-maladie suisse, prononcée par la décision du 28 février 2024, ne fait dès lors pas partie de l'objet du litige et n'a pas à être examinée dans la présente procédure. Dans la mesure où le recourant entend requérir l'annulation de cette affiliation d'office, cette conclusion est par conséquent irrecevable (TF 9C\_533/2022 du 10 février 2023 c. 1.1.2).

**1.2** Au surplus, interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal, RS 832.10], en lien avec les art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; 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 relève de la compétence d'un juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 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]).

**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 art. 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jour ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA). Les écrits

doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA). Ce délai légal ne peut pas être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA).

**2.2** Si les conditions de recevabilité ne sont pas remplies, la procédure d'opposition se termine par une décision de non-entrée en matière (ATF 142 V 152 c. 2.2; TF 8C\_289/2022 du 5 août 2022 c. 4.2, in SVR 2023 UV n° 4).

**2.3** La règle de la vraisemblance prépondérante est une particularité du droit des assurances sociales, applicable lors de la constatation de l'état de fait déterminant en vue de la prétention matérielle à des prestations et des autres manifestations de l'administration de masse. En revanche, pour la preuve des faits déterminants relatifs à l'exercice d'un droit lié à un délai péremptoire en procédure judiciaire, la preuve entière usuelle en droit civil est exigée (ATF 120 V 33 c. 3c, 119 V 7 c. 3c/bb; TF 9C\_564/2012 du 12 septembre 2012 c. 2, in SVR 2013 IV n° 4).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision sur opposition, l'OAS a retenu que le recourant avait formé opposition le 3 juillet 2024, alors que le délai d'opposition était arrivé à échéance le vendredi 19 avril 2024. Il a donc considéré l'opposition comme étant tardive, faute d'avoir été déposée dans le délai légal.

**3.2** Le recourant ne le conteste pas, mais fait valoir qu'il n'a pas pu agir plus tôt, car il attendait la transmission par la CPAM des documents nécessaires pour prouver son affiliation à l'assurance-maladie française. Il affirme qu'au vu de la lenteur de la CPAM, il s'est rendu dans ses bureaux, où la personne qui l'a reçu l'aurait assuré que tout serait réglé rapidement, déclarant que cela était fréquent et qu'elle s'occupait de tout. Le recourant relève toutefois qu'il n'a reçu son dossier que plusieurs semaines plus tard. Il a joint à son recours une attestation d'affiliation à la CPAM, établie par celle-ci le 6 août 2024 et envoyée au recourant le 8 août 2024.

#### 4.

**4.1** En l'occurrence, la décision de l'OAS du 28 février 2024 a été expédiée au recourant par courrier recommandé et notifiée le 5 mars 2024, ainsi que cela ressort du suivi de l'envoi de La Poste suisse (dossier [dos.] OAS 21). Le recourant ne le conteste aucunement. Le délai d'opposition de 30 jours a donc commencé à courir le mercredi 6 mars 2024 et, du fait de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement, est arrivé à échéance le (vendredi) 19 avril 2024 (art. 38 al. 1 et al. 4 let. a LPGA). Formée le 3 juillet 2024 (voir dos. OAS 23), l'opposition était dès lors manifestement tardive (voir art. 39 al. 1 LPGA), ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas non plus.

**4.2** Aussi, en tant que le recourant a déclaré, dans son recours, que les démarches accomplies par ses soins auprès des autorités françaises avaient été très longues, puis qu'il a ajouté, dans son complément du 10 septembre 2024, qu'il avait dû attendre le retour de son dossier de l'assurance-maladie française, son argumentation ne saurait lui profiter. En effet, force est tout d'abord de constater que, dans sa première décision du 29 novembre 2023, qui rendait l'intéressé attentif au fait que sa demande d'exemption n'était pas complète, l'OAS lui avait imparti un délai de près d'un mois et demi pour remettre les pièces nécessaires à établir une telle exemption. Or, la décision d'affiliation du 28 février 2024 a été prononcée dans la foulée, faute d'une quelconque réaction de l'assuré. Ce dernier ne s'est manifesté auprès de l'OAS ni pour faire valoir qu'il n'avait pas réussi à obtenir les documents souhaités, ni même pour solliciter une prolongation de délai de la part de l'autorité précédente. Dans ces conditions, rien ne permet donc de retenir que l'intéressé avait déjà entrepris des démarches en vue d'obtenir son dossier avant l'expiration du délai précité. Cela vaut à plus forte raison que l'assuré n'a été en mesure de fournir aucune pièce permettant d'admettre la solution inverse, en particulier aucune trace de correspondance avec cette institution. Au contraire, les documents versés dans la présente procédure de recours par l'intéressé (des attestations d'affiliation à l'assurance-maladie française; pièce justificative [PJ] 2 et 3) sont datés des 6 et 7 août 2024 et ont donc été établis après l'opposition. La thèse invoquée, d'une importante lenteur de la part de la CPAM,

n'emporte dès lors aucunement conviction, bien au contraire. Qui plus est, même après avoir reçu la décision du 28 février 2024, ordonnant son affiliation d'office, le recourant ne s'est prononcé que le 3 juillet 2024, soit près de quatre mois plus tard. A cette date, il n'a d'ailleurs pas non plus mentionné les prétendus problèmes de lenteur administrative de la CPAM. Il a au contraire développé un argumentaire différent, puisqu'il s'est limité à faire savoir à l'OAS qu'il était déjà affilié au régime français de l'assurance-maladie, que son assureur français lui avait toutefois assuré qu'il allait "faire le nécessaire" pour éviter qu'il ne soit assuré à double, mais que rien n'avait été entrepris jusqu'alors (dos. OAS 23). Cette version des faits, issue de déclarations de la première heure, apparaît ainsi plus objective et plus fiable que celle exposée pour la première fois en procédure de recours (ATF 143 V 168 c. 5.2.2, 121 V 45 c. 2a). Elle tend à démontrer que la tardiveté de l'opposition n'est pas à mettre en relation avec la durée de traitement de l'affaire par la CPAM, comme l'affirme le recourant, mais plutôt à une inaction de l'assuré, fondée sur l'attente (à tout le moins alléguée) de celui-ci, que cette institution allait procéder elle-même à toutes les démarches requises. Or, le recourant ne saurait déduire quoi que ce soit en sa faveur de cette garantie concédée par la CPAM. Il était en effet d'emblée reconnaissable pour l'intéressé que cette institution (au demeurant d'un autre Etat) n'était pas compétente pour intervenir dans une procédure administrative initiée par une autorité suisse, à savoir par l'OAS. Dans ces conditions, point n'est donc utile d'examiner si le recourant pourrait se prévaloir du principe de la bonne foi, en lien avec les assurances qui lui auraient été données par la CPAM, de sorte à obtenir qu'il soit traité d'une manière divergente de la loi (voir à ce propos: art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]; ATF 149 V 203 c. 5.1, 146 I 105 c. 5.1.1, 143 V 341 c. 5.2.1, 131 V 472 c. 5). En tout état de cause, ainsi que l'OAS l'a relevé à juste titre (voir ch. 1.4 du mémoire de réponse), le recourant aurait à tout le moins pu former opposition dans le délai légal, en annonçant qu'il contestait la décision du 28 février 2024, motif pris qu'il était déjà affilié au régime français de l'assurance-maladie, mais qu'il était dans l'attente des pièces de la CPAM pour pouvoir l'établir. Puisqu'il n'a au contraire agi que plusieurs mois après l'expiration du délai d'opposition et au regard de l'ensemble des circonstances, force est dès lors de constater, avec l'OAS, que son opposition (par courriel) du 3 juillet

2024 était largement tardive et qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur l'opposition de l'intéressé. Les justifications invoquées à l'appui de la tardiveté de l'opposition ne permettent en effet de reconnaître ni un motif de restitution de délai (au sens de l'art. 41 LPGA; voir aussi MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [édit.], *VRPG-Kommentar*, art. 43 n. 14), ni un cas de figure dans lequel la protection de la bonne foi justifierait que l'OAS entre malgré tout en matière.

## **5.**

**5.1** En conclusion, le recours est mal fondé et doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**5.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA a contrario [litige ne concernant pas des prestations]; 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]). Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie, d'un même montant.

**5.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, y compris sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 à 3 LPJA, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais 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,
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le 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).