

200.2024.718.CM

N° GCP

N° AVS

ANP/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 22 avril 2025

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge

P. Annen-Etique, 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
11 octobre 2024



En fait:

A.

A._____, né en 1993 et domicilié en France, bénéficie d'une autorisation frontalière UE/AELE (permis G valable jusqu'au 31 juillet 2028). Après avoir accompli dès janvier 2019 plusieurs missions temporaires en Suisse comme travailleur frontalier, il y a obtenu à compter de mai 2022 un emploi fixe sous le même statut – emploi qu'il a exercé dans le canton de Berne jusqu'à son licenciement pour fin novembre 2024. Par courrier du 14 juillet 2023, l'Office des assurances sociales du canton de Berne (ci-après: l'Office des assurances sociales) 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 s'affilier à une caisse-maladie suisse ou de faire savoir s'il désirait demeurer affilié au système d'assurance-maladie français. Le 27 octobre 2023, à défaut d'une réaction de l'intéressé, l'office concerné lui a accordé un délai de 20 jours en vue de conclure une assurance-maladie de base en Suisse.

B.

Par décision du 24 juin 2024, l'Office des assurances sociales a prononcé l'affiliation d'office de A._____ en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins, avec effet au lendemain. L'opposition formée en juin/juillet 2024 par l'assuré contre cette décision a été rejetée à l'appui d'un nouveau prononcé rendu le 11 octobre 2024 par cet office.

C.

En date du 25 octobre 2024, A._____ interjette recours contre la décision sur opposition du 11 octobre 2024 de l'Office des assurances sociales en requérant implicitement l'annulation de ce prononcé et, partant, celle de son affiliation auprès d'une caisse-maladie suisse. L'office concerné conclut de son côté le 5 décembre 2024 au rejet du recours. En

date du 9 janvier 2025, cet office a maintenu ses conclusions après que l'assuré eut produit le 27 décembre 2024 de nouvelles pièces justificatives (en sus de celles jointes à son recours).

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 11 octobre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'affiliation d'office du recourant en Suisse au titre de l'assurance-maladie de base. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de ce prononcé et, avec elle, sur celle de l'affiliation dès le 25 juin 2024 de l'intéressé auprès d'une caisse-maladie suisse offrant cette couverture d'assurance.

1.2 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 du juge unique de la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif (art. 54 al. 1 let. c et 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 lien 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 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 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 LAMal renvoie en particulier 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 n° 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 art. 11 par. 3 let. a du règlement n° 883/2004; ATF 144 V 2 c. 6.1, 142 V 192 c. 3.1). Ce principe peut être assorti d'exceptions (art. 16 par. 1 du règlement n° 883/2004). En effet, en application de l'art. 83 du règlement n° 883/2004, l'annexe XI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres. Il en ressort notamment que les personnes soumises aux dispositions légales suisses peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) en tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans certains cas, la Finlande et le Portugal (voir également annexe II ALCP,

section A, par. 1, let. i, ch. 3b). 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 n° 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, ainsi 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 relatives à l'assujettissement à l'assurance-maladie suisse d'un travailleur frontalier résidant en France, voir ATF 142 V 192).

2.4 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). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPGA). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a). Ce devoir comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. Dès lors, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité

de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 144 V 427 c. 3.2, 139 V 176 c. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_268/2024 du 5 novembre 2024 c. 4.2.2).

3.

3.1 Dans sa décision sur opposition, l'Office des assurances sociales a retenu que même si le recourant n'en avait pas pris connaissance, le courrier du 14 juillet 2023, au moyen duquel cet office l'avait rendu attentif à son obligation de s'affilier au régime obligatoire de l'assurance-maladie suisse ou d'exercer son droit d'option, était réputé avoir été notifié sept jours après la première tentative infructueuse de distribution – date à partir de laquelle courait le délai de trois mois prévu pour demander une dispense d'une telle affiliation en Suisse. Or, faute pour l'assuré d'avoir exercé ce droit d'option au moyen du formulaire idoine relatif au choix du système d'assurance-maladie, l'intéressé restait soumis, d'après cet office, à l'obligation de s'assurer en Suisse pour le risque lié à la maladie.

3.2 A l'appui de son recours, l'intéressé relève pour sa part qu'au début de ses missions temporaires en Suisse en janvier 2019, il avait jadis été informé par les agences de placement des démarches à accomplir concernant l'assurance-maladie et qu'il s'était conséquemment affilié dès 2019 en France. Le recourant indique avoir en revanche ignoré "qu'il fallait choisir une affiliation chaque fois [qu'il changeait] d'employeur" et que l'entreprise l'ayant engagé dès mai 2022 ne l'avait nullement renseigné à ce sujet. Il mentionne qu'il souhaite rester assuré auprès de son assureur-maladie français du fait de sa situation, caractérisée par la cessation à fin novembre 2024 de ses relations de travail en Suisse et par le fait qu'il partira ensuite vivre temporairement à l'étranger. L'intéressé ajoute que les primes d'assurance-maladie sont trop élevées en Suisse au regard de la charge économique qu'il assume envers ses deux enfants et du salaire qu'il

perçoit à hauteur de 80% seulement à la suite d'un accident survenu après son licenciement en mai 2024.

4.

4.1 Sur la base du dossier, il est établi et nullement contesté entre les parties que le recourant, en sa qualité de travailleur frontalier domicilié en France, a notamment exercé une activité lucrative en Suisse de mai 2022 à novembre 2024 et qu'en application de l'ALCP ainsi que du règlement n° 883/2004 (art. 2 par. 1 et art. 3 par. 1 let. a du règlement n° 883/2004; ATF 136 V 295 c. 2.2, 135 V 339 c. 4.2), il était ainsi soumis à l'obligation de s'assurer dans ce second pays pour les soins en cas de maladie, conformément à l'art. 3 al. 3 let. a LAMal (voir c. 2.3). Il n'est pas davantage litigieux que l'intéressé n'a pas contracté une telle assurance en Suisse et qu'il s'est inscrit dès le 5 août 2019 auprès de l'assureur-maladie français en tant que frontalier pour couvrir le risque lié à la maladie durant ses précédents engagements temporaires dans ce pays à compter de 2019 (affiliation qui avait encore cours en juillet 2024; dossier [dos.] OAS 14). Il se pose en revanche la question de savoir si l'Office des assurances sociales était en droit d'affilier d'office le recourant pour ce même risque auprès d'une caisse-maladie exerçant selon la LAMal, après que l'intéressé eut changé d'emploi en mai 2022 et eut été invité dans ce contexte à conclure une assurance-maladie de base en Suisse ou à justifier d'une affiliation équivalente au système de sécurité sociale français.

4.2 L'office concerné a attiré le 14 juillet 2023 l'attention de l'intéressé sur l'obligation des personnes frontalières de s'affilier au régime obligatoire de l'assurance-maladie suisse dans les trois mois suivant le début de leur activité lucrative dans ce pays ou, à défaut, d'informer cet office dans le même délai du maintien d'une couverture asséculoologique équivalente en France – au moyen pour chacune de ces options du formulaire "Choix du système d'assurance-maladie" à télécharger à partir du lien www.be.ch/onlinetoolfr (dossier OAS 1). Ce courrier a été expédié sous pli recommandé, lequel n'a pas été réclamé par l'assuré, mais a fait l'objet d'un avis de retrait (voir à ce sujet: ATF 142 IV 201 c. 2.3; dos. OAS p. 2).

Une communication directe avec le recourant, qui a indiqué pour adresse de notification celle de son domicile en France, était admissible aux termes de l'art. 32 al. 4 de la Convention de sécurité sociale du 3 juillet 1975 entre la Confédération suisse et la République française (RS 0.831.109.349.1), voire de l'art. 1 par. 1 et de l'art. 11 par. 1 de la Convention européenne du 24 novembre 1977 sur la notification à l'étranger des documents en matière administrative (RS 0.172.030.5). Il s'ensuit que l'intéressé n'était pas tenu d'élire un domicile de notification en Suisse (voir en ce sens TF 8C_633/2023 du 21 novembre 2023 c. 3 et les références dans un cas impliquant un ressortissant portugais) et que l'autorité précédente pouvait directement lui notifier ses décisions en France. Ainsi, en vertu de l'art. 38 al. 2^{bis} LPGA dont l'office concerné se prévaut à raison dans sa décision sur opposition contestée, son courrier du 14 juillet 2023 est présumé avoir été notifié sept jours après l'avis de retrait – délai arrivé ici à échéance en juillet ou août 2023 puisqu'on ignore la date de distribution de l'avis en question en France (voir dos. OAS 2), mais qu'il est établi que le courrier est parvenu en retour à l'Office des assurances sociales le 29 août 2023 avec la mention "Pli avisé et non réclamé". Il est vrai que cette présomption (qui vaut également dans le contexte international; voir TF 8C_633/2023 du 21 novembre 2023 c. 4, 9C_657/2008 du 9 décembre 2008 c. 2.1 s.; PHILIPP GEERTSEN, in Kieser et al. [éd.], *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, 5^e éd. 2024, art. 39 n. 17) ne s'applique qu'à la condition que l'on puisse admettre que l'administré devait s'attendre, avec une certaine vraisemblance, à recevoir une communication des autorités (ATF 134 V 49 c. 4; TF 8C_727/2023 du 6 février 2024 c. 3.2). Or, tel était bien le cas en l'espèce, étant donné que le recourant avait dû être informé de l'obligation litigieuse lors de la délivrance de son autorisation frontalière (voir encore c. 4.3 à ce sujet) et qu'il avait de plus été déjà confronté à de telles démarches par le passé, dans le cadre de ses précédents engagements temporaires en Suisse (voir c. 3.2). Dès lors qu'il connaissait ce processus, l'assuré devait donc s'attendre à être contacté par les autorités, à la suite de sa nouvelle activité lucrative débutée en mai 2022 dans le canton de Berne. De surcroît, après que l'intéressé n'eut pas réagi à son courrier du 14 juillet 2023, l'Office des assurances sociales lui a derechef demandé, par lettre du 25 août 2023, de conclure une assurance-maladie de base en Suisse

ou de fournir des informations ou des documents sur une caisse-maladie étrangère (dos. OAS 3). Ce courrier, expédié sous pli simple mais que le recourant ne conteste nullement avoir reçu, n'a toutefois donné lieu à aucune réaction de sa part, pas plus du reste que l'écrit en envoi recommandé du 27 octobre 2023 lui ayant accordé un ultime délai de 20 jours pour conclure une assurance-maladie de base en Suisse. En tout état de cause, le recourant ne fait pas valoir qu'il aurait été empêché d'une quelconque manière de respecter les délais impartis par l'administration (les problèmes médicaux d'origine accidentelle invoqués dans son recours et à l'origine d'une incapacité de travail entière du 2 août au 1^{er} décembre 2024 sont postérieurs à l'expiration de ces délais; dos. recourant [rec.] 6). On ne voit dès lors rien à redire au fait que l'office concerné soit parvenu à la conclusion que l'intéressé n'avait pas respecté les délais impartis pour exercer son droit d'option ou s'assurer auprès d'une caisse-maladie suisse.

4.3 Il se pose néanmoins encore la question de savoir si l'affiliation d'office devait ne pas être prononcée en l'espèce au motif, avancé dans le recours, que l'intéressé n'avait prétendument pas été informé par son dernier employeur du fait qu'il devait à nouveau exercer son droit d'option s'il souhaitait ne pas être assuré en Suisse au titre de la maladie dans le cadre de cet engagement. Ainsi que déjà relevé (voir c. 4.2), le recourant s'était toutefois vu communiquer au plus tard lors de l'octroi de son permis G qu'il était tenu en sa qualité de travailleur frontalier en Suisse d'y contracter une assurance-maladie de base ou de justifier d'une couverture asséculoologique équivalente en France. Cette obligation d'information des cantons est en effet inscrite à l'art. 6a al. 1 let. a LAMal. Dans le canton de Berne, les frontaliers domiciliés en France peuvent s'informer sur l'assurance obligatoire des soins en Suisse et sur le droit d'option en consultant le site internet de l'Office des assurances sociales (voir www.asv.dij.be.ch, rubriques: "Thème", "Assurance obligatoire des soins [AOS]", "Exception à l'obligation de s'assurer"), où le formulaire évoqué ci-avant de choix du système d'assurance-maladie pour les frontaliers domiciliés en France est entre autres disponible. Comme déjà souligné dans ce contexte (voir c. 4.2), l'intéressé était en outre au fait des démarches à accomplir ensuite de sa nouvelle activité lucrative débutée en Suisse puisqu'il n'en était pas à son premier engagement dans ce pays.

L'assuré était donc familier de la procédure faisant suite à la prise d'un emploi en Suisse en cas de travail frontalier, ce d'autant plus que les informations en lien avec l'obligation d'affiliation et l'exercice du droit d'option figurent explicitement sur le formulaire en question. Cela étant, le canton de Berne s'est pleinement conformé à son devoir de renseignement et de conseil envers le recourant (art. 27 al. 1 LPGA), de sorte qu'une information cas échéant défailante du nouvel employeur (pour autant qu'une telle information ait été exigible de celui-ci) quant au droit d'option à exercer pour l'assurance-maladie demeurait de toute façon sans portée sur l'obligation légale établie de l'intéressé de s'affilier auprès d'une caisse-maladie suisse exerçant selon la LAMal ou de justifier d'une assurance comparable en France. De surcroît, le recourant s'est vu rappeler cette obligation par l'office concerné les 14 juillet et 25 août 2023 (voir c. 4.2), si bien qu'il ne pouvait ignorer qu'il lui incombait de prouver l'existence d'une telle couverture maladie dans son pays d'origine s'il entendait échapper à une affiliation pour le même risque en Suisse. Or, à défaut de toute démarche en ce sens dans le délai légal de trois mois (l'attestation d'affiliation auprès de l'assureur français n'ayant été établie et produite qu'en date du 18 juillet 2024, à savoir plusieurs mois après l'expiration de ce délai), respectivement d'un choix propre d'une caisse-maladie suisse dans le délai supplémentaire de deux mois accordé pour ce faire le 27 octobre 2023, seule entrant en ligne de compte une affiliation d'office en Suisse au titre de la LAMal. Des circonstances susceptibles de s'opposer à la désignation à cet effet de l'assureur choisi par l'autorité précédente et de remettre en question l'attribution de l'assuré à cette compagnie, n'ont au surplus pas été invoquées et ne peuvent être non plus mises au jour.

4.4 Partant, faute pour le recourant d'avoir produit dans les délais tout élément matériel de nature à prouver – à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.4) – qu'il avait contracté auprès d'une caisse-maladie suisse une assurance de base ou qu'il disposait d'une couverture équivalente dans le système de sécurité sociale français, c'est de manière conforme au droit que l'Office des assurances sociales l'a affilié d'office dès le 25 juin 2024 en Suisse pour l'assurance obligatoire des soins.

5.

5.1 Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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_{bis} LPGA *a contrario* [litige ne concernant pas des prestations]; art. 102, 103, 105 al. 2 et 108 al. 1 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.

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 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par 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).