

**200.2024.735.CM**  
N° AVS  
NIG/KUQ

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

**Jugement du juge unique du 20 février 2025**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, juge  
Q. Kurth, 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 11 octobre 2024



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, ressortissant français né en 1988, domicilié en France et titulaire d'une autorisation frontalière UE/AELE, a été employé en tant que travailleur frontalier en faveur d'un employeur sis dans le canton de Berne, en dernier lieu dès le 2 juin 2020. Le 21 avril et le 2 juin 2023, l'Office des assurances sociales (OAS) 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 au régime obligatoire de l'assurance-maladie ou de faire savoir s'il désirait demeurer affilié au système d'assurance-maladie français. Le 11 août 2023, après avoir constaté que l'assuré n'avait pas réagi à ses courriers et que le délai de trois mois était échu, l'OAS lui a accordé un délai de 20 jours pour conclure une assurance de base auprès d'une caisse-maladie suisse, tout en l'avertissant que, faute d'agir en ce sens, l'affiliation serait prononcée d'office. Par décision du 10 juin 2024, l'OAS a alors prononcé l'affiliation d'office de l'assuré, avec effet dès le 11 juin 2024.

**B.**

L'opposition formée contre cette décision le 5 juillet 2024 par l'assuré a été rejetée au terme d'une décision sur opposition du 11 octobre 2024.

**C.**

Au moyen d'un e-mail du 1<sup>er</sup> novembre 2024, que l'OAS a transmis au Tribunal administratif du canton de Berne, en tant qu'objet relevant de sa compétence, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant (implicitement) à son annulation. Le recourant a par la suite corrigé les vices formels affectant son recours, en produisant un écrit daté du 15 novembre 2024, confirmant ses conclusions. Dans sa réponse du

18 décembre 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 11 octobre 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme l'affiliation d'office du recourant à une caisse-maladie suisse à compter du 11 juin 2024. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision sur opposition et, avec elle, de l'affiliation du recourant.

**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 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 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 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<sup>er</sup> 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).

**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 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 il est question d'un assuré de nationalité française, domicilié en France et ayant entrepris une activité lucrative en Suisse, le présent litige entre dans le champ d'application temporel, personnel et matériel de l'ALCP ainsi que du règlement n° 883/2004, quant à l'affiliation à l'assurance-maladie (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). Le recourant a en effet exercé pour la dernière fois une activité lucrative en Suisse à partir du 2 juin 2020. En vertu du principe de l'application de la législation du lieu de travail, il est par conséquent soumis à l'obligation de s'assurer à l'assurance-maladie, au sens de l'art. 3 al. 3 let. a LAMal. Néanmoins, en qualité de 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 l'activité en cause.

#### 4.

**4.1** Dans sa décision sur opposition, l'OAS a relaté que même si le recourant n'en avait pas pris connaissance, le premier courrier au moyen duquel cette autorité avait cherché à le rendre attentif à son obligation de s'affilier à une caisse-maladie suisse ou d'exercer son droit d'option dans le délai prescrit, était réputé avoir été notifié sept jours après la première tentative infructueuse de distribution de cet envoi, soit en mai 2023. Ainsi, dans la mesure où le formulaire relatif au choix du système d'assurance-maladie, transmis par le recourant à l'OAS en procédure d'opposition et permettant l'exercice du droit d'option, avait été visé par la caisse d'assurance-maladie française le 15 juillet 2024 seulement, il serait établi que l'assuré n'avait pas déposé sa demande d'exemption dans les trois mois après la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse, retard qui lui était du reste imputable. L'OAS a ajouté que le recourant n'avait pas non plus fait valoir qu'il disposait à nouveau d'un droit d'option (en raison d'une nouvelle prise d'activité en Suisse, éventuellement à la suite d'une période de chômage) ou qu'il avait déjà été exempté dans le passé de l'obligation de s'assurer en Suisse.

**4.2** A l'appui de son recours, l'intéressé soutient quant à lui qu'il avait déjà occupé un emploi dans le canton de Vaud en qualité de frontalier à partir du 29 janvier 2018. Or, il souligne que, dans ce contexte, il avait déjà exercé son droit d'option au profit de l'assurance-maladie française et que ce choix avait été validé par l'organe compétent de son pays d'origine, à savoir le 28 mars 2018. Il en veut pour preuve qu'il a commencé de payer des cotisations en France à compter de cette même date. Il affirme par conséquent qu'il n'a fait que changer d'entreprise, en travaillant tout d'abord dans le canton de Vaud, puis enfin dans le canton de Berne, si bien que cette circonstance ne justifiait pas qu'il lui soit imposé d'exercer une nouvelle fois son droit d'option, en remplissant une deuxième fois le formulaire y relatif (ce qu'il n'avait donc pas fait). Quant aux courriers de l'OAS, le recourant concède qu'il n'y a pas répondu et explique qu'il avait alors rencontré des difficultés personnelles et familiales, ce qui avait conduit à une négligence de sa part dans la réclamation de ces plis.

## **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). Conformément au ch. 3 par. b/aa du chapitre "Suisse" de l'annexe XI au règlement n° 883/2004, le formulaire en cause 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 notamment 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 sur le droit d'option en consultant le site internet de l'OAS (voir [www.asv.dij.be.ch](http://www.asv.dij.be.ch), rubriques: "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).

**5.3** Au cas particulier, la date de délivrance de l'autorisation frontalière ne ressort pas clairement du dossier. Il apparaît toutefois que celle-ci a été accordée au recourant pour une période allant jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2025 (voir c. 2.2 de la décision sur opposition attaquée), ce que l'intéressé ne conteste au demeurant pas. Partant, dans la mesure où une telle autorisation est accordée pour une période (renouvelable) de cinq ans au plus (art. 7 par. 2 annexe I ALCP; voir également [www.migration.sid.be.ch](http://www.migration.sid.be.ch), rubriques: "Séjour", "Autorisation frontalière [permis G]") et que l'assuré a démarré son activité lucrative dans le canton de Berne en juin 2020, force est d'admettre que cette autorisation a été accordée au cours de la même année. Cela étant, puisque le formulaire relatif au choix de l'assurance-maladie, transmis par l'assuré au stade de la procédure d'opposition, a été visé par la caisse d'assurance-maladie française le 5 juillet 2024 seulement (dos. OAS p. 17), à savoir quelques années après le début de l'activité lucrative dans le canton de Berne, on ne peut que constater, avec l'OAS, que le recourant n'a pas pu exercer son droit d'option, en remettant ce document dûment visé à cette autorité dans le délai de trois mois prescrit. Le 8 juillet 2024, il a d'ailleurs remis un exemplaire du formulaire en cause non visé par la caisse d'assurance-maladie française, en avertissant que le document visé allait suivre (dos. OAS p. 12), ce qui démontre que l'intéressé n'a entrepris les démarches requises qu'à cette période. Certes, l'OAS ne s'est manifesté qu'en 2023, bien après la prise de l'activité lucrative en Suisse. Toutefois, il a indiqué, de manière favorable à l'assuré, que sa pratique consistait à retenir que les informations relatives à l'obligation d'affiliation au régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire étaient réputées connues des assurés, au plus tard, après la transmission du formulaire "G1", soit le document au moyen duquel cette autorité informe pour la première fois les intéressés, de manière explicite, au sujet de l'obligation d'affiliation et du droit d'option (voir c. 3.1 de la décision sur opposition attaquée). Quoi qu'il en soit, il importe peu d'examiner, au cas particulier, si la façon de procéder de l'OAS peut être confirmée. En effet, même si tel était le cas, on devrait également reconnaître que la demande d'exemption remise par le recourant a été présentée tardivement (voir en ce sens: JTA CM/2021/49 du 26 avril 2021 c. 5.4). Ainsi que l'OAS l'a souligné à juste titre dans sa décision sur opposition du 11 octobre 2024, conformément à l'art. 38 al. 2<sup>bis</sup> LPGA, une communication qui n'est remise

que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. En l'occurrence, d'après l'enveloppe qui contenait le formulaire "G1", du 21 avril 2023, ce pli, envoyé en courrier recommandé, n'a pas été réclamé par le recourant, mais a fait l'objet d'un avis de retrait (voir à ce sujet: ATF 142 IV 201 c. 2.3), à tout le moins le 26 avril 2023 (dos. OAS p. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 38 al. 2<sup>bis</sup> LPGA, ce document est présumé avoir été notifié le 3 mai 2023, soit sept jours plus tard. S'il est vrai que cette présomption (qui vaut également dans le contexte international; voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_657/2008 du 9 décembre 2008 c. 2.1 s. ainsi que UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 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). Tel était néanmoins bien le cas du recourant, puisqu'il avait non seulement déjà dû être informé à propos de l'obligation litigieuse avec la délivrance de son autorisation frontalière (voir c. 5.2), mais qu'il a en outre déclaré et établi, dans son envoi au Tribunal, du 15 novembre 2024, qu'il avait déjà eu à remplir le formulaire relatif au choix de l'assurance-maladie par le passé, de même qu'à le faire viser par la caisse française d'assurance-maladie. Il 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 (voir c. 5.1). Dès lors qu'il connaissait ce processus, il devait donc s'attendre à être contacté une nouvelle fois par les autorités, à la suite du début de son activité lucrative dans le canton de Berne. On ne voit dès lors rien à redire dans le fait que l'OAS est parvenu à la conclusion que la demande d'exemption de l'intéressé a été présentée tardivement. L'assuré ne prétend d'ailleurs aucunement le contraire. Qui plus est, il reconnaît aussi que ce résultat lui est imputable, puisqu'il admet notamment, dans son envoi du 15 novembre 2024, avoir été négligent dans le suivi de son courrier. Il n'est donc pas non plus question en l'espèce d'un cas particulier, qui justifierait de faire fi du respect du délai de trois mois imposé pour l'exercice du droit d'option ou pour une affiliation volontaire à l'assurance-maladie suisse (voir c. 2.2).

**5.4** Se pose encore la question de savoir si, comme le recourant le prétend, l'affiliation d'office ne pouvait être prononcée, motif pris que l'intéressé avait déjà exercé son droit d'option dans le canton de Vaud en 2018. En effet, comme en dispose l'art. 2 par. 2 de l'accord du 7 juillet 2016 (voir c. 5.1), l'exemption de l'assurance-maladie obligatoire suisse est définitive et irrévocable, sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de cet exercice. L'accord précise que de tels faits générateurs se limitent cependant à la prise d'activité en Suisse, à la reprise d'activité en Suisse après une période de chômage, à la prise de domicile en France ou au passage du statut de travailleur à celui de pensionné. De ce fait, dans la mesure où le dossier ne contient aucune information qui laisse à penser que le changement d'entreprise du recourant, du canton de Vaud au canton de Berne, a fait suite à une période de chômage, l'exercice du droit d'option en 2018 s'opposerait effectivement à une affiliation d'office en 2024. L'exercice de ce droit n'est toutefois pas établi. L'intéressé déduit en effet son assertion d'un formulaire relatif au choix du système d'assurance-maladie qu'il a produit avec son courrier du 15 novembre 2024. Or, ainsi que l'OAS l'a relevé de manière pertinente (voir ch. 1.2 de la réponse), s'il est vrai que cet écrit a été rempli et même visé par la caisse d'assurance-maladie française, rien ne démontre en revanche qu'il a été remis aux autorités cantonales vaudoises dans le délai requis. Au contraire, sur l'écrit versé en procédure par le recourant, la rubrique destinée à accueillir la signature et le cachet de l'autorité suisse, attestant de l'exemption de l'obligation d'assurance en Suisse, est vide (voir ch. 7 du formulaire; pièce justificative [PJ] 1 du recours). Qui plus est, le paiement des cotisations à la caisse française d'assurance-maladie n'y change rien (voir dos. OAS p. 10 s. et 22; voir aussi PJ 2 du recours). De surcroît, ce n'est qu'au stade du complément à son recours devant le Tribunal administratif que l'intéressé a déclaré qu'il avait déjà été exempté, par le passé, de l'obligation d'affiliation. Il n'en a dit mot ni dans son e-mail à l'OAS du 5 juillet 2024 (dos. OAS p. 8), ni dans son opposition (dos. OAS p. 9, voir aussi PJ 3 du recours), pas plus que dans ses e-mails des 8 juillet et 26 août 2024, au moyen desquels il a transmis le formulaire de 2024 (dos. OAS p. 12 et 21). L'assertion du recourant est d'autant moins digne de foi que, sur chacun des formulaires remis, en lien avec la prise de l'activité lucrative dans le canton de Berne, l'intéressé a indiqué (en marquant la case

correspondante) qu'il exerçait son choix "pour la première fois" (dos. OAS p. 16 et 23). En signant le formulaire, il a pourtant attesté sur l'honneur que les déclarations faites sur ce document étaient exactes (dos. OAS p. 17). Enfin, alors que, dans sa réponse du 18 décembre 2024, l'OAS a insisté sur le fait que le formulaire produit dans la présente procédure ne démontrait pas qu'une exemption avait été accordée formellement dans le canton de Vaud en 2018, le recourant, après avoir reçu cet acte, n'a pas répliqué. Ces circonstances permettent donc d'exclure, à tout le moins à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement usité en droit des assurances sociales, voir ATF 144 V 427 c. 3.2), que l'assuré ait déjà exercé valablement son droit d'option en 2018, en dépit de ce qu'il a pu penser. Le recours s'avère dès lors mal fondé.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, c'est donc de manière conforme au droit que, par décision sur opposition du 11 octobre 2024, l'OAS a rejeté l'opposition formée par le recourant contre la décision du 10 juin 2024, prononçant son affiliation d'office à une caisse-maladie suisse à partir du 11 juin 2024. Le recours doit dès lors être rejeté.

**6.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. <sup>f</sup>bis 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.

**6.3** 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.
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,
  - 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).