

200.2025.506.CM

N° GCP

N° AVS

DEF/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 23 juin 2026

Droit des assurances sociales

G. Niederer, juge

F. Demierre, greffière

A. _____

représenté par B. _____

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 17 juin 2025



En fait:

A.

A._____, ressortissant français né en 1973 et domicilié en France, a entrepris une activité lucrative dans le canton de Berne dès le mois d'août 2022, alors qu'il était au bénéfice d'une autorisation frontalière UE/AELE. Par courriers des 10 février 2023 et 24 mars 2023, l'Office des assurances sociales (OAS) a informé l'intéressé à propos du régime de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse et du droit d'option qui existait pour les personnes frontalières, en l'invitant, s'il souhaitait rester affilié au système d'assurance-maladie français, à retourner le formulaire "Choix du système d'assurance-maladie" dûment complété et dans le délai prévu. Par décision du 30 mai 2024, constatant que le délai précité était arrivé à échéance et que l'assuré ne disposait pas d'une couverture d'assurance obligatoire, l'OAS a prononcé l'affiliation d'office de l'intéressé à une caisse-maladie suisse, avec effet au 31 mai 2024. En dépit de l'opposition formée le 11 juin 2024 par l'assuré, l'OAS a confirmé le contenu de cette décision dans une décision sur opposition du 21 octobre 2024. Par jugement du 20 janvier 2025, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a déclaré irrecevable le recours du prénommé contre la décision sur opposition de l'OAS, faute de paiement de l'avance de frais requise (JTA CM/2024/736). Ce jugement n'ayant pas été contesté, il est entré en force.

B.

Le 21 mars 2025, l'intéressé, représenté par une avocate, a adressé à l'OAS une demande de révision de la décision sur opposition du 21 octobre 2024, afin qu'il soit exempté de l'obligation de s'assurer en Suisse. Par décision du 8 mai 2025, l'OAS a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision. Au moyen d'une décision sur opposition du 17 juin 2025, elle a en outre rejeté l'opposition interjetée contre cet acte par l'assuré, défendu par sa mandataire.

C.

Toujours représenté, l'assuré a porté le litige devant le TA par mémoire du 19 août 2025. Dans son recours, il a conclu en substance, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 17 juin 2025 et, principalement, au renvoi de la cause à l'OAS afin qu'il entre en matière sur la demande de révision, de même que, subsidiairement, à ce que son exemption de l'obligation d'être affilié au régime de l'assurance-maladie obligatoire suisse soit prononcée par le TA. Dans son mémoire de réponse du 7 octobre 2025, l'OAS a conclu au rejet du recours. Par envoi du 30 octobre 2025, la mandataire du recourant a finalement produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 17 juin 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales, rejette l'opposition formée contre la décision du 8 mai 2025 et confirme ainsi le refus d'entrer en matière de l'OAS sur la demande de révision du 21 mars 2025. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de la décision sur opposition du 17 juin 2025 et sur le renvoi de la cause à l'autorité précédente pour qu'elle entre en matière sur la demande de révision, voire sur l'exemption, prononcée par le TA, de l'obligation de l'intéressé d'être affilié au régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire.

1.2 Interjeté en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 38 al. 4 let. b et art. 60 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA,

applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal, RS 832.10]; art. 15 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 L'objet de la contestation, tel que précédemment défini, fixe la limite des points qui peuvent être critiqués par le recours (qui, lui, détermine l'objet du litige devant le TA; voir ATF 144 II 359 c. 4.3; 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 [édit.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2^{ème} éd. 2020, art. 72 n. 12). En l'occurrence, la cause porte uniquement sur le refus d'entrer en matière sur la demande de révision formée devant l'autorité précédente. Ainsi, en tant que le recourant conclut subsidiairement à ce que le TA l'exempte lui-même du régime obligatoire d'assurance-maladie suisse, son recours va au-delà de l'objet de la contestation. L'OAS ne s'est en effet pas prononcé à ce propos dans sa décision sur opposition du 17 mai 2025, si bien qu'en cas d'admission du recours, la cause devrait être renvoyée à cette autorité pour qu'elle prenne connaissance de la demande de révision sur le fond. Partant, dans cette mesure, le recours est irrecevable (voir TF 9C_533/2022 du 10 février 2023 c. 1.1.2).

1.4 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. 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]; voir aussi 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]).

1.5 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 Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPGA) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 c. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Il doit donc s'agir d'un élément de fait qui fasse paraître les bases de la décision comme objectivement insuffisantes (ATF 138 V 324 c. 3.2).

2.2 Les faits et moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA doivent être invoqués dans les 90 jours qui suivent leur découverte. Outre ce délai relatif, il existe un délai absolu de dix ans, qui commence à courir dès la notification de la décision, respectivement de la décision sur opposition (art. 67 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA, RSB 172.021], en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA; voir également ATF 143 V 105 c. 2.1; TF 9C_457/2022 du 3 avril 2023 c. 3.2, in SVR 2023 IV n° 43, 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 c. 3, in SVR 2012 UV n° 17).

2.3 Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits avant le prononcé de la décision ou de la décision sur opposition formellement passée en force et dont le requérant n'avait pas connaissance, malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision dont la révision est demandée et à conduire à un prononcé différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 245 c. 5.2; TF 8C_188/2023 du 31 mai 2024 c. 3.1, in SVR 2024 UV n° 36). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens de preuve sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les

invoquer dans la procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement si celle-ci en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'autorité (administrative ou judiciaire) paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision. Le moyen de preuve doit se rapporter à un fait qui fonde cas échéant la décision à revoir (ATF 143 V 105 c. 2.3, 110 V 138 c. 2; TF 8C_720/2009 du 15 février 2010 c. 5.2, in SVR 2010 UV n° 22).

3.

3.1 Dans sa décision sur opposition du 17 juin 2025, l'OAS a relaté en substance que le recourant n'avait fait valoir aucun fait ou moyen de preuve nouveau qui serait propre à modifier l'état de fait sur lequel la décision sur opposition du 21 octobre 2024 a été basée. L'autorité précédente a plus particulièrement relevé que le courrier de la Caisse primaire d'assurance maladie du Doubs (CPAM) du 17 février 2025 et le courrier de Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) du 5 mars 2025 n'étaient pas des moyens de preuve nouveaux qui ne pouvaient pas être produits avant le prononcé sur opposition du 21 octobre 2024. Dans sa réponse, elle a encore souligné que même si elle avait retenu que ces éléments étaient nouveaux, ceux-ci n'auraient de toute manière pas permis une révision de la décision sur opposition du 21 octobre 2024. En effet, elle a fait savoir que ces moyens de preuve ne permettaient pas d'établir que l'assuré avait bien effectué les démarches nécessaires en vue d'une exemption de l'obligation d'affiliation au régime suisse de l'assurance-maladie dans la forme et le délai prescrits.

3.2 A l'appui de son recours, l'intéressé soutient pour sa part que l'OAS a nié à tort que les conditions d'une révision procédurale de la décision sur

opposition du 21 octobre 2024 étaient réalisées. À cet égard, il reproche à l'autorité précédente de ne pas avoir considéré que le courrier de la CPAM du 17 février 2025 et le courrier de l'Urssaf du 5 mars 2025 étaient des moyens de preuve nouveaux, propres à modifier l'état de fait retenu par l'OAS dans sa décision sur opposition du 21 octobre 2024. Il explique que, pour des raisons pratiques, ceux-ci ne pouvaient pas être fournis plus tôt, les services français peinant à agir avec rapidité et efficacité. En outre, il souligne que puisqu'il avait déjà produit le formulaire "Choix du système d'assurance-maladie", visé par la CPAM, en date du 14 août 2024, il n'avait aucune raison de verser au dossier des pièces complémentaires, dans la procédure ayant conduit à la décision sur opposition du 21 octobre 2024. D'après lui, ce formulaire démontrait à suffisance qu'il était affilié au régime de la sécurité sociale française depuis le 19 novembre 2014.

4.

A titre liminaire, il convient de souligner qu'il n'est à juste titre pas contesté par les parties que la demande de révision a été produite en temps utile. En effet, à l'appui de sa demande de révision, le recourant s'est fondé sur le courrier de la CPAM du 17 février 2025 et sur l'envoi de l'Urssaf du 5 mars 2025. Ce faisant, il convient de constater que la demande de révision du 21 mars 2025 a bien été présentée dans le délai (relatif) de 90 jours suite à la découverte du motif de révision, de même que dans le délai (absolu) de 10 ans (voir c. 2.2).

5.

Se pose ensuite la question de savoir si, par le biais de ces documents, le recourant peut se prévaloir de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa.

5.1 En l'occurrence, il résulte du dossier qu'au travers de sa décision sur opposition du 21 octobre 2024, l'OAS a retenu que l'assuré, en sa

qualité de ressortissant français titulaire d'une autorisation frontalière et exerçant une activité lucrative dans le canton de Berne, était soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. L'OAS a alors examiné si l'assuré pouvait se prévaloir d'une demande d'exemption déposée dans la forme et dans les délais imposés. A ce sujet, l'autorité précédente a relevé que l'assuré lui avait fait parvenir, le 3 septembre 2024, le formulaire "Choix du système d'assurance-maladie". Il y était fait mention, sous la rubrique complétée par la CPAM, d'un "régime frontalier depuis le 19/11/2014" et, quant à la date de réception de ce formulaire par la CPAM, du 14 août 2024. Sur la base de cette pièce, l'OAS a conclu que l'assuré n'avait pas effectué les démarches nécessaires pour demander l'exemption d'affiliation au système suisse d'assurance-maladie dans le délai de trois mois qui lui était imposé et qui avait commencé à courir à partir de la notification de son courrier d'information du 10 février 2023 (voir à ce sujet: JTA CM/2025/463 du 12 février 2026 c. 4.3). L'OAS a par ailleurs considéré que le retard dans le dépôt du formulaire était imputable à l'assuré. En outre, l'autorité précédente a pris en considération le fait que l'assuré avait travaillé en qualité de frontalier dans le canton du Jura, à partir du 19 novembre 2009, avant d'exercer ensuite un emploi dans le canton de Berne. Elle a toutefois expliqué que les démarches menées auprès de l'Etablissement cantonal des assurances sociales du canton du Jura n'avaient pas permis de démontrer que l'intéressé avait formellement été exempté du régime obligatoire de l'assurance-maladie en Suisse par le passé (voir dossier [dos.] OAS 26 s.). En conséquence, selon l'OAS, l'assuré restait soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse et son opposition devait par conséquent être rejetée.

5.2 A l'appui de sa demande de révision et de son recours, le recourant se prévaut tout d'abord d'un courrier de la CPAM du 17 février 2025. Ce document expose en particulier que l'intéressé a été occupé par plusieurs employeurs successifs en Suisse et qu'il a opté en faveur du système français de l'assurance-maladie par la signature d'un contrat de travail le 19 novembre 2014 (dos. OAS 73). Qui plus est, le recourant se réfère également à un courrier de l'Urssaf du 5 mars 2025 (III.B.21 du recours). Dans ce dernier, ce service certifie que l'intéressé était inscrit auprès de lui en qualité de frontalier et ce depuis le 19 novembre 2014 (dos. OAS 74).

Cependant, l'affiliation de l'intéressé au système français de l'assurance-maladie depuis le 19 novembre 2014 ne saurait être considérée comme un élément nouveau. En effet, ainsi que l'autorité précédente le relève à raison (voir p. 4 de la décision sur opposition du 17 juin 2025), l'affiliation du recourant ressortait déjà du formulaire "Choix du système d'assurance-maladie" produit par le recourant lors de la procédure précédente. Cet aspect de la situation de l'intéressé n'avait ainsi pas échappé à l'OAS, qui avait bien plutôt fondé sa décision d'affiliation d'office de l'intéressé au régime suisse de l'assurance-maladie obligatoire sur le fait que le formulaire propre à permettre l'exercice du droit d'option n'avait pas été produit dans le délai imposé (dos. OAS 30 s.). L'exemption ne pouvait en effet être valablement obtenue que moyennant cette condition (voir c. 5.3; voir aussi en ce sens JTA CM/2024/735 du 25 février 2025 c. 5.1) et ni par une autre forme d'attestation en France, ni par la signature d'un contrat de travail. Qui plus est, avant de se prononcer sur le fond, l'OAS avait procédé à une instruction quant au fait de savoir si l'intéressé avait déjà exercé son droit d'option une première fois en Suisse (voir c. 5.1 in fine). Il n'avait toutefois pas manqué de mentionner que sa démarche était demeurée vaine, raison pour laquelle il avait conclu que l'assuré n'avait jamais été exempté du régime obligatoire de l'assurance-maladie en Suisse (dos. OAS 30). Ainsi, les deux courriers produits par le recourant à l'appui de sa demande de révision n'apportent aucun élément factuel qui n'était pas déjà connus de l'OAS dans le cadre de la procédure précédente. On ne saurait par conséquent en déduire des faits nouveaux, au sens de l'art. 53 al. 1 LPG. De surcroît, dans la procédure précédente, l'OAS n'avait pas remis en cause que l'assuré était assuré selon le régime français de l'assurance-maladie, si bien que le recourant ne peut tirer quoi que ce soit en sa faveur des nouveaux moyens de preuve qu'il a invoqué à l'appui de sa demande de révision.

5.3 Par ailleurs, quoi qu'il en soit à ce propos, force est de souligner que pour qu'une révision entre en ligne de compte, encore faudrait-il que le recourant n'ait pas pu avoir connaissance des nouveaux moyens de preuve, en dépit de toute sa diligence (voir c. 2.3). Il appartient en effet au requérant qui se fonde sur un nouveau moyen de preuve destiné à prouver des faits allégués antérieurement dans la procédure précédente de

démontrer qu'il ne pouvait pas invoquer ce moyen précédemment, malgré la diligence dont il a fait preuve. Celui-ci doit ainsi pouvoir se prévaloir d'une excuse valable pour justifier le fait que le moyen de preuve en cause n'a pas été invoqué en temps utile. En effet, la révision ne doit pas servir à réparer une omission qui aurait pu être évitée par un requérant diligent. En cela, elle est un moyen subsidiaire par rapport aux voies de droit ordinaires. On appréciera la diligence requise avec moins de sévérité en ce qui concerne l'ignorance des faits dont la découverte est souvent due au hasard, que l'insuffisance des preuves au sujet de faits connus, la partie ayant le devoir de tout mettre en œuvre pour prouver ceux-ci dans la procédure principale (TF 8C_188/2023 du 31 mai 2024 c. 3.3 et les références; DIANA OSWALD, in KIESER/KRADOLFER/LENDFERS [édit.], *ATSG-Kommentar*, 4^{ème} éd. 2020, art. 53 n. 30; voir aussi MOSER-SZELESS, in DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *CoRO – LPGA*, art. 53 n. 54). Or, dans le cas présent, pour expliquer l'impossibilité de produire les courriers précités au cours de la procédure d'opposition ou lors de la procédure de recours contre la décision sur opposition du 21 octobre 2024, le recourant se prévaut de l'absence de rapidité et d'efficacité des services français. Cet argument ne saurait toutefois être suivi. En effet, ainsi que le recourant le mentionne dans son recours (IV.A.2.b par. 4 du recours), c'est sur les conseils de son avocate qu'il a requis de la CPAM et de l'Urssaf des courriers attestant de son affiliation au système français d'assurance-maladie. Or, le fait que cette mandataire professionnelle ait été consultée, en lien avec la présente affaire, pour la première fois le 13 février 2025 – comme cela ressort de la note d'honoraires produite – tend à démontrer que les requêtes auprès de la CPAM et de l'Urssaf ont été effectuées au plus tôt à cette date. Il faut dès lors conclure à un manque de diligence de la part du recourant, puisque la découverte des éléments prétendument nouveaux sur lesquels il fonde sa demande de révision résulte de démarches qui auraient pu et dû être effectuées dans le contexte de la procédure précédente. Force est par ailleurs de constater que les courriers dont il est question, du 17 février 2025 pour la CPAM, respectivement du 5 mars 2025 pour l'Urssaf, ont été obtenus relativement rapidement après la demande de l'avocate du recourant. En outre, dans un deuxième argument, le recourant fait valoir qu'il n'avait aucune raison de produire des pièces complémentaires, le formulaire "Choix du système d'assurance"

produit, qui se réfère au "système frontalier" depuis le 19 novembre 2014, démontrant selon lui à suffisance qu'il avait exercé son droit d'option. Là encore, le recourant ne peut pas être suivi. Il ressort en effet clairement de la décision sur opposition de l'OAS du 21 octobre 2024 (prononcée en toute connaissance du formulaire précité) que cet office a conclu que le recourant n'avait jamais été exempté du régime obligatoire de l'assurance-maladie en Suisse. Après avoir formé un recours à l'encontre de cet acte le 30 octobre 2024, l'intéressé aurait pu obtenir du TA qu'il examine cette conclusion de l'OAS dans le contexte de la procédure de recours. Or, tel n'a pu être le cas, dès lors que l'assuré ne s'est pas acquitté de l'avance de frais requise, comme évoqué (voir c. A). La procédure de révision initiée par le recourant dans la foulée ne saurait dès lors lui permettre de pallier cette conséquence. Au contraire, le recourant doit se laisser opposer les conséquences du fait que son recours contre la décision sur opposition de l'OAS du 21 octobre 2024 a été déclaré irrecevable. C'est par conséquent de toute manière en vain qu'il affirme que les courriers de la CPAM et de l'Urssaf, du 17 février 2025, respectivement du 5 mars 2025, ont été remis sans manquement à son devoir de diligence.

5.4 Enfin, même s'il fallait faire fi de tout ce qui précède, on ne saurait non plus perdre de vue que ces deux documents ne seraient en tous les cas pas de nature à conduire l'OAS à se prononcer différemment de ce qu'il a fait par le biais de son prononcé du 21 octobre 2024 (voir c. 2.1 et 2.3; voir aussi p. 3 de la réponse). En effet, 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. Le droit d'option doit ainsi être exercé par le biais d'une requête formelle. Il ne peut pas être exercé de manière tacite ou par acte concluant (TF 9C_531/2019 du 17 février 2020 c. 6.2, 9C_801/2014 du 10 mars 2015 c. 3.3). Si le droit d'option n'a pas été exercé vis-à-vis de l'Etat de résidence dans le délai de trois mois, son titulaire est automatiquement soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse et ne peut plus se prévaloir de la faculté d'exemption (ATF 136 V 295 c. 2.3.4). Dans le cas présent, les courriers invoqués par le recourant au titre de moyens de preuve nouveaux, tout comme les indications figurant sur le formulaire "Choix du système d'assurance", ne sont ainsi pas propres à établir l'exercice explicite du droit d'option dans les formes et le délai requis auprès de l'autorité suisse compétente. Il s'ensuit que les moyens de preuve invoqués par le recourant n'auraient de toute manière pas conduit à une décision différente, si l'OAS en avait eu connaissance dans le contexte de la procédure précédente.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que, par décision sur opposition du 17 juin 2025, l'autorité précédente a rejeté l'opposition formée par le recourant contre la décision du 8 mai 2025, refusant d'entrer en matière sur sa demande de révision. Le recours doit ainsi être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

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. ^{fbis} 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, 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 par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire,
 - 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).