

**TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE
DU HAUT-RHIN**

AUDIENCE DU 28 JANVIER 2016

JUGEMENT DU 29 FEVRIER 2016

Affaire n° 21501093

COMPOSITION

Président : Madame Jessica VIOLA, Juge au Tribunal de Grande Instance de MULHOUSE,

Assesseurs : Monsieur Pierre GROETZ, représentant les employeurs et les travailleurs indépendants,
Monsieur Pierre RICHERT, représentant les salariés,

Secrétaire : Madame Marie-Christine BECKER

DEMANDEUR : domicilié à 68100
MULHOUSE, comparant par Maître Maryline BATIARD

Contre

DEFENDEUR : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE du Haut-Rhin,
domiciliée 26, avenue Robert Schuman à 68083 MULHOUSE Cedex,
comparant par Maître Pierre BONNEAU

OBJET DU LITIGE : Affiliation travailleur frontalier

Dispensé du timbre et de l'enregistrement
(Art. 124-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Exposé du litige.

_____, résident français, travaille en Suisse depuis le 11 janvier 2010. A partir de cette date, il a souscrit un contrat d'assurance maladie privée avec une compagnie d'assurance française, la SAS Vivens.

Son contrat d'assurance maladie privée a pris fin le 30 avril 2015, date limite fixée par les décrets n°2014-516 et n°2014-517 du 22 mai 2014 ainsi que la circulaire n°DSS/DACI/5B/2A/2014/147 du 23 mai 2014 relative à l'intégration dans le régime général de la sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins.

_____ a été en conséquence affilié à compter du 1^{er} mai 2015 auprès du régime général de la sécurité sociale française.

Par courrier du 28 mai 2015, l'organisme de sécurité sociale suisse LAMal, lui indiquait qu'il n'avait jamais exercé son droit d'option entre les systèmes de sécurité sociale suisse et français de sorte qu'il lui était possible de s'affilier auprès de l'assureur suisse de son choix.

Le 23 juin 2015, _____, s'affiliait alors auprès de l'assureur suisse Helsana à effet du 1^{er} mai 2015.

Par courrier du 30 juillet 2015, il sollicitait auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin (ci-après la CPAM) sa radiation immédiate du régime général de la sécurité sociale française.

En date du 10 août 2015, il recevait un courrier de la CPAM l'informant du rejet de sa demande de radiation au motif qu'il aurait déjà exercé son droit d'option en faveur du régime de sécurité sociale français.

Le 23 août 2015, _____, saisissait donc la Commission de recours amiable de la CPAM du Haut-Rhin qui, par décision implicite, rejetait la contestation émise.

Par courrier envoyé en recommandé au secrétariat en date du 22 octobre 2015, _____ saisissait le Tribunal des affaires de sécurité sociale du Haut-Rhin aux fins de contestation de la décision de rejet de la Commission de recours amiable.

A l'audience du 28 janvier 2016, _____ régulièrement représenté, demandait au Tribunal de :

- rejeter les conclusions adverses comme étant tardives;
- déclarer sa demande recevable;
- annuler la décision implicite de rejet de la Commission de recours amiable de la CPAM;
- juger que c'est à bon droit qu'il s'est affilié auprès des organismes de sécurité sociale suisses;
- ordonner à la CPAM de procéder à sa radiation et ce, sous astreinte de 500 euros par jour de retard à compter du jugement à intervenir et dire que le Tribunal de céans se réservera le droit de liquider l'astreinte;
- condamner la CPAM à lui payer la somme de 3.000 euros à titre de dommages et intérêts;
- condamner la CPAM à lui payer la somme de 2.000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile;
- dire que ces montants porteront intérêts au taux légal à compter du jour du jugement à intervenir;
- condamner la CPAM aux dépens;
- à titre subsidiaire, dire qu'il doit être affilié, à titre provisoire et dans l'attente d'une décision définitive sur le fond, auprès des organismes suisses de sécurité sociale et ce, en application de l'article 6 du règlement européen n°987/2009.

Au soutien de ses prétentions, il faisait valoir que les textes communautaires avaient une valeur supérieure aux textes français en application de l'article 55 de la Constitution de sorte que seuls les textes supra-nationaux devaient s'appliquer au présent litige. Il notait que la Cour de justice des communautés européennes (ci-après la CJCE) avait rappelé à de nombreuses reprises que les articles 11 et suivants du règlement européen (CE) n°883/2004 forment un système de règles de conflit qui a pour effet de soustraire au législateur de chaque Etat membre le pouvoir de détermination de l'étendue et des conditions d'application de sa législation nationale quant aux personnes qui y sont soumises ainsi que le territoire à l'intérieur duquel les dispositions nationales produisent leurs effets. Il expliquait également que les décrets n°2014-516 et n°2014-517 du 22 mai 2014 ainsi que la circulaire n°DSS/DACI/5B/2A/2014/147 du 23 mai 2014 lui étaient inopposables car, d'une part, ces textes niaient l'existence de l'accord ratifié le 21 juin 1999 et, d'autre part, ces textes étaient contraires au principe de l'unicité de la législation applicable énoncé à l'article 11 du règlement (CE) n°883/2004 et à l'article 13 du règlement (CEE) n°1408/71. Il rappelait que la France avait initialement fait le choix d'appliquer uniquement le principe d'affiliation du travailleur frontalier au système d'assurance maladie de son lieu de travail, sans possibilité d'exemption et que ce n'était qu'à la suite de la décision du Comité mixte n°02/2003 du 15 juillet 2003 qu'une telle possibilité d'exemption avait été ouverte. Il relevait que cette décision du Comité mixte ne lui était pas opposable puisqu'elle

n'avait jamais été publiée au Journal officiel français en méconnaissance de l'article 88-1 de la Constitution.

Il soutenait que le droit d'option lui permettant d'être exempté d'une affiliation au régime suisse ne pouvait qu'être exercé de manière formelle et en aucun cas de manière tacite. Il précisait qu'une telle interprétation était conforme à l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale française qui prévoyait que les travailleurs frontaliers ne pouvaient être exemptés que sur leur demande. Il relevait que la réponse ministérielle à la question n°1110 d'un parlementaire indiquait que les personnes qui n'avaient pas déposé une demande formelle d'exemption à l'assurance maladie suisse pouvaient revenir s'assurer en Suisse. Il constatait que la note conjointe des autorités françaises et suisses du 1er février 2013 concluait que, lorsque le délai de trois mois était échu sans que l'assuré ait utilisé son droit d'option, celui-ci devait rester affilié en Suisse. Il estimait que la demande devant être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse, l'exemption ne pouvait résulter que d'une démarche active du salarié. Il rappelait que cela avait déjà été jugé ainsi par le Tribunal fédéral de Lausanne dans un arrêt du 10 mars 2015 et par la Cour de justice de Genève dans une décision du 29 janvier 2015.

Il expliquait que, le concernant, il n'avait jamais demandé à relever de la sécurité sociale française et n'avait jamais renoncé à se prévaloir du droit suisse. Il ajoutait qu'il n'avait jamais été informé de l'existence de son droit d'option ni des conséquences de l'exercice dudit droit d'option lorsqu'il avait commencé à travailler en Suisse.

Il précisait qu'à aucun moment, il n'avait rempli de demande d'exemption dans les trois mois suivant son embauche et qu'il n'avait jamais utilisé le formulaire visé dans la note conjointe établie le 1er février 2013 entre les autorités françaises et suisses. Il soutenait que la LAMal lui avait confirmé le 28 mai 2015 que les travailleurs frontaliers ne pouvaient rester assurés dans leur pays de résidence que s'ils avaient procédé à une demande d'exemption formelle ce qui n'était pas son cas. Il soutenait enfin qu'en s'affiliant auprès d'une caisse privée, il n'avait pas fait le choix de s'affilier en France puisqu'il ne lui avait jamais été indiqué les conséquences d'une telle souscription sur son droit d'option. Il ajoutait que sa demande de préinscription à la CPAM en 2015 avait été faite dans la crainte de ne pas être couvert en cas de divergence entre les deux Etats. Il ajoutait que la France avait toléré une situation de fait contraire aux dispositions communautaires qui n'était pas créatrice de droit du seul fait de son existence.

Il soutenait par ailleurs que la CPAM ne pouvait pas méconnaître le plein effet de la décision d'affiliation par les autorités suisses en vertu de la priorité du droit de l'Etat d'activité et que ce refus excédait les pouvoirs du Directeur de la CPAM qui ne saurait se faire juge d'une décision d'une puissance publique étrangère dont la France avait admis qu'elle devait recevoir son plein

effet sur le territoire national. A titre subsidiaire, il faisait valoir que les décrets de 2014 qui servaient de base légale au refus de la Caisse avaient été adoptés au terme d'une procédure irrégulière faute pour les rédacteurs d'avoir pris les avis préalables obligatoires prévus par les articles L.614-2 du code monétaire et financier ainsi que les articles L.200-3 et R.182-2-4 du code de la sécurité sociale. Il ajoutait que les décrets violaient également le principe à valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé puisqu'ils ne permettaient pas aux travailleurs frontaliers de choisir leur médecin traitant sur leur lieu de travail, de poursuivre les traitements commencés en Suisse ou encore d'être remboursés des soins programmés non soumis à autorisation préalable.

Au soutien de sa demande de dommages et intérêts, il relevait l'insécurité sociale, administrative, juridique et médicale qui le confrontait à de multiples contraintes, angoisses et pertes de temps. Il indiquait qu'il recevait des appels de cotisations sociales de l'URSSAF alors qu'il réglait déjà des cotisations en Suisse, qu'il voyait le montant des majorations pour non-paiement des cotisations sollicitées par les organismes français augmenter au fil du temps et qu'il se trouvait dans une incertitude totale quant à la prise en charge de ses soins en France. Il relevait en outre le manque d'information délivrée par la CPAM. Il s'étonnait enfin de ce que des radiations avaient été initialement acceptées de sorte qu'il existait une violation du principe d'égalité devant la loi ainsi qu'une discrimination puisque des personnes se trouvant dans la même situation juridique que lui avaient bénéficié de la radiation qu'il sollicitait en vain.

De son côté, la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin, régulièrement représentée, demandait au Tribunal de :

- déclarer bien fondée la décision refusant la radiation du demandeur du régime général de l'assurance maladie française;
- confirmer la décision de la Commission de recours amiable;
- rejeter l'intégralité des demandes adverses;
- condamner . aux dépens et à lui payer la somme de 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Au soutien de ses prétentions, elle faisait valoir que . avait opté pour le système français dès le début de son activité et qu'il avait ultérieurement tenté de revenir sur son choix en sollicitant sa radiation du régime général de l'assurance maladie française sur la base d'une décision d'affiliation prise par les autorités suisses à effet du 1^{er} mai 2015.

Elle se fondait sur l'accord de libre circulation du 21 juin 1999 et sur les règlements européens (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009. Elle indiquait que, si la version initiale du texte de l'accord du

21 juin 1999 ne visait pas la France pour le droit d'option, la possibilité d'exemption pour les résidents français avait été instituée par la décision n°2/2003 du Comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003. Elle en concluait que les travailleurs frontaliers bénéficiaient d'un droit d'option entre le système français et le système suisse depuis l'entrée en vigueur de cette décision et ce peu important la date du début de leur activité. Elle contestait le fait que cette décision n°2/2003 soit irrégulière et non-opposable à l'assuré.

Concernant la question de savoir si le droit d'option devait être exercé implicitement ou explicitement, elle rappelait qu'il appartenait au juge judiciaire de procéder à l'interprétation de la convention internationale. Elle précisait que le juge n'était tenu ni par une interprétation gouvernementale par voie de circulaire ni par l'interprétation qu'avait pu faire une juridiction étrangère du même texte.

Elle ajoutait que les décrets n°2014-516 et n°2014-517 du 22 mai 2014 étaient opposables à l'assuré, le Tribunal des affaires de sécurité sociale n'étant pas compétent pour apprécier par la voie de l'exception la légalité des décrets. Elle insistait sur le fait que l'extinction de la période transitoire courant de 2003 à 2015 résultait non pas des décrets sus-visés mais de l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale et que le Conseil constitutionnel avait jugé dans sa décision n°2015-460 QPC du 26 mars 2015 que ce texte était conforme à la Constitution.

Elle rappelait que le droit français avait organisé une faculté temporaire de sous-option jusqu'au 1^{er} juin 2014 entre une affiliation auprès du régime général de la sécurité sociale et la souscription d'une assurance privée. Elle en concluait qu'à compter du 1^{er} juillet 2003, toute personne débutant une activité en Suisse pouvait dans un délai de trois mois opter pour l'un ou l'autre système et, au sein du système français, opter pour le régime général ou l'assurance privée. Elle ajoutait qu'à compter de cette même date, toute personne exerçant déjà une activité en Suisse et qui, conformément au droit antérieur, n'était affiliée ni en France ni en Suisse, disposait d'un délai de trois mois pour exercer son option. Elle estimait que toute personne qui reconduisait un contrat d'assurance privée souscrit antérieurement optait pour la loi française. Elle relevait que le formulaire de choix du système d'assurance maladie applicable rédigé conjointement par la France et la Suisse permettait au frontalier de choisir entre le système d'assurance maladie Suisse, la CMU et l'assurance privée de sorte que le frontalier qui recevait ce formulaire était parfaitement informé de la portée de son choix. Elle s'interrogeait sur le fait que le demandeur ne prétendait pas non plus avoir été soumis antérieurement au 1^{er} juin 2014 à l'obligation de s'assurer en Suisse ce qui suffisait à démontrer qu'il avait implicitement opté pour le droit français. Elle était d'avis que juger le contraire, reviendrait à démontrer que

avait violé l'obligation d'affiliation en Suisse pendant de nombreuses années. Elle rappelait que l'option exercée était irrévocable et que la fin de la période transitoire de sous-

option n'avait pas réouvert le droit d'option. Elle en concluait que ne pouvait plus solliciter sa radiation du régime général de la sécurité sociale française.

Elle soutenait également que l'absence d'exemption formelle était inopérante puisque selon le service suisse de l'assurance maladie (ci-après le SAM), plusieurs milliers de frontaliers n'avaient jamais renvoyé ledit formulaire. Elle en déduisait que si n'avait pas sollicité son exemption, il n'avait pas non plus opté pour le système suisse de sorte que les autorités Suisses avaient nécessairement admis l'exercice de l'exemption par les demandeurs puisqu'elles n'avaient recouvré aucune cotisation au titre de l'assurance maladie. Elle estimait que l'exemption supposant au préalable que l'auteur de la demande justifie d'une affiliation en France, l'absence d'exemption demandée formellement était indifférente dès lors qu'elle ne conditionnait pas la régularité de l'affiliation en France.

Elle relevait en outre que le texte ne parlait à aucun moment d'une exemption formelle et que les objectifs des textes communautaires, à savoir éviter les doubles affiliations et assurer la sécurité juridique, seraient mis à mal si un Etat partie décidait d'affilier un travailleur frontalier qui était déjà affilié dans un autre Etat. Elle notait que l'effet utile des textes commandait que l'affiliation antérieure dans un autre Etat partie constitue une demande d'exemption tacite. Elle estimait que la solution inverse conduisait à avaliser un recours à une assurance privée indépendante du système français ce que ni l'accord du 21 juin 1999 ni la loi suisse ne permettaient. Elle soutenait que, si une exemption formelle était nécessaire, cela revenait à dire que

avait été affilié ab initio en Suisse, qu'un appel de cotisations rétroactif par les autorités suisses à compter du début de l'activité du travailleur devait être effectué et que le contrat d'assurance privée devait être annulé pour défaut d'objet. Elle indiquait qu'en sa qualité de subrogé dans les droits de l'assureur privé ayant payé les prestations, elle se réservait le droit de solliciter les restitutions induites auprès des frontaliers.

Elle rappelait que les décisions de la CPAM, dès lors qu'elles n'étaient pas contestées dans les délais, fixaient définitivement la situation juridique des parties. Elle soutenait qu'il appartenait alors à la seconde autorité saisie d'une demande d'affiliation d'apprécier le bien-fondé de cette demande. Elle argumentait enfin sur le fait que, à la supposer régulière, l'affiliation obtenue en Suisse postérieurement à l'affiliation française ne pouvait produire aucun effet en France puisque nul ne pouvait se prévaloir d'une position contraire à celle prise antérieurement. Elle soulignait qu'avait reçu comme tous les frontaliers un courrier du SAM lui demandant de retourner un formulaire stipulant son choix de couverture et n'avait jamais renvoyé celui-ci. Elle en concluait que l'affiliation obtenue en Suisse était inopérante. Elle notait que celui qui ne respecte pas le principe d'irrévocabilité du choix ou les procédures imposés par les conventions internationales applicables ne saurait invoquer à son profit le principe d'affiliation unique dès lors qu'il avait été lui-même à l'origine de sa double affiliation. Elle rappelait que les

décisions de la LAMal ne produisaient aucun effet en France de sorte que rien ne s'opposait à ce que l'administration française rende une décision dans le même domaine. Elle insistait sur l'application de l'article 509 du code de procédure civile et sur le fait que les actes publics étrangers et les décisions administratives étrangères n'étaient pas soumis au régime des jugements français. Elle rappelait que l'effet accordé aux décisions des autorités administratives étrangères était subordonné à l'existence d'une convention internationale prévoyant une reconnaissance mutuelle des décisions administratives, à la légalisation de l'acte étranger par les autorités françaises et à la mise en oeuvre de règles spécifiques au conflit d'autorité qui impliquaient un contrôle poussé de la régularité de la décision étrangère.

Elle concluait que ni la France ni la Suisse n'était exclusivement compétente pour trancher la question de l'affiliation et que si, par impossible, il fallait admettre que le principe d'unicité devait profiter aux demandeurs, le conflit de décision ne pourrait être tranché qu'au regard de la règle de l'antériorité à savoir en l'espèce, la France.

La valeur en litige étant indéterminée, il y a lieu de statuer par jugement contradictoire rendu en premier ressort.

Motifs de la décision.

I. SUR LA RECEVABILITÉ DU RECOURS ET LE RESPECT DU CONTRADICTOIRE.

A. Sur la recevabilité du recours contre la décision de la commission de recours amiable.

Attendu qu'en application de l'article R.142-18 du code de la sécurité sociale, le Tribunal des affaires de sécurité sociale doit être saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision de la Commission de recours amiable ou de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R.142-6 du code de la sécurité sociale ;

Attendu qu'en l'espèce, le recours contre la décision implicite de la Commission a été effectué le 22 octobre 2015, soit dans le délai légal ; que le recours contre la décision de la Commission de recours amiable doit donc être déclaré recevable ;

B. Sur la demande tendant au rejet des conclusions de la CPAM.

Attendu que selon l'article 15 du code de procédure civile, les parties doivent se faire connaître mutuellement en temps utile les moyens de fait sur lesquels elles fondent leurs prétentions, les

éléments de preuve qu'elles produisent et les moyens de droit qu'elles invoquent; qu'en application de l'article 16 alinéa 2 du code de procédure civile, le juge ne peut retenir dans sa décision, les moyens, les explications et les documents invoqués ou produits par les parties lorsque celles-ci n'ont pas été à même d'en débattre contradictoirement;

Attendu que lors de l'audience du 28 janvier 2016, le Tribunal a constaté que les conclusions responsiveness de la CPAM avaient été adressées au demandeur 48 heures avant l'audience;

Que la Présidente a alors indiqué au demandeur qu'il avait la possibilité de solliciter un renvoi ou de répliquer oralement; qu'un temps de réflexion a été laissé au conseil du demandeur; que celui-ci a alors indiqué qu'il souhaitait plaider le dossier ce jour et répliquer oralement aux arguments de la CPAM;

Attendu qu'en conséquence, il y a lieu de rejeter la demande tendant à voir écarter les conclusions de la CPAM, les arguments de celle-ci ayant été contradictoirement débattus;

II. SUR LA DEMANDE TENDANT À LA RADIATION DU REQUÉRANT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE.

Attendu que l'analyse du présent litige impose tout d'abord de déterminer les textes applicables (A) avant de s'interroger sur leur interprétation (B) et de les appliquer à la situation du requérant (C);

A. Sur les textes applicables au litige.

Attendu que la Caisse primaire d'assurance maladie invoque l'application de textes législatifs et réglementaires du droit français; que cependant, il convient de rappeler que le droit communautaire prime sur le droit français (a) de sorte que le présent litige ne doit être examiné qu'au regard de celui-ci (b);

a. Sur la primauté du droit communautaire.

Attendu que selon l'article 55 de la Constitution du 4 novembre 1958, les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ;

Attendu que les traités communautaires ainsi que les actes communautaires ont une autorité supérieure à celle des lois en application de l'article 55 de la Constitution; qu'ils ont institué un ordre juridique propre intégré à celui des États membres; qu'en raison de cette spécificité, l'ordre

juridique ainsi créé est directement applicable aux ressortissants de ces États et s'impose à leurs juridictions; que dès lors, les dispositions des normes communautaires doivent prévaloir sur la loi interne (*Cass., ch. mixte, 24 mai 1975, Cafés Jacques Vabre*);

Attendu que le principe de primauté du droit communautaire (*CJCE, 15 juill. 1964, aff. 6/64, Costa c/ ENEL*) implique qu'il ne saurait être admis que les règles du droit national portent atteinte à l'unité et à l'efficacité du droit de l'Union (*CJUE, 15 janv. 2013, aff. C-416/10, Krizan et a.*);

Attendu qu'en l'espèce, le droit communautaire est applicable en vertu de l'accord international conclu entre la Communauté européenne et la Suisse sur la libre circulation des personnes le 21 juin 1999 (ci-après l'ALCP);

Attendu qu'en application des articles 216§2 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et 300§7 du traité instituant la Communauté européenne, les accords internationaux font partie intégrante de l'ordre juridique communautaire et lient la Communauté et les Etats membres (*CJCE, 30 avril 1974, add. 181/73, Haegeman*); qu'il incombe ainsi non seulement aux institutions communautaires mais également aux Etats membres d'assurer le respect des obligations découlant de tels accords (*CJCE, 26 octobre 1982, aff. 104/81, Kupferberg*);

Attendu que ces accords ont le même statut dans l'ordre juridique communautaire que les accords purement communautaires s'agissant des dispositions qui relèvent de la compétence de la Communauté (*CJCE, 30 septembre 1987, aff. 12/86, Demirel*);

Attendu qu'en conséquence, le droit communautaire introduit par un accord international Union européenne-pays tiers prime nécessairement sur le droit national; qu'en présence d'une situation transfrontalière comme c'est le cas en l'espèce, la situation du requérant doit donc s'analyser en premier lieu au regard non pas du droit français mais du droit communautaire;

b. Sur l'application du droit communautaire à un résident français travaillant comme salarié en Suisse.

Attendu que l'article 1^{er} de l'annexe II de l'ALCP prévoit que les Parties contractantes conviennent d'appliquer entre elles, dans le domaine de la coordination des systèmes de sécurité sociale, les actes communautaires auxquels il est fait référence tels qu'en vigueur à la date de la signature de l'accord et tels que modifiés par la section A de l'annexe ou des règles équivalentes à ceux-ci; que la section A renvoyait initialement au règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ainsi qu'à tous les actes ultérieurs le modifiant jusqu'à la date de l'ALCP;

Attendu que l'ALCP a été ratifié par le parlement français par la loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 et publié au Journal officiel de la République française;

Qu'en conséquence, les textes communautaires visés par l'annexe II de l'ALCP et notamment le règlement (CEE) n°1408/71 et son règlement d'application (CEE) n°574/72 étaient applicables en France à compter de la date d'entrée en vigueur dudit accord fixé au 1er juin 2002;

Attendu que par décision n°1/2012, du 31 mars 2012, le Comité mixte institué par l'ALCP a remplacé l'annexe II de l'accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale afin de prendre en considération les nouveaux actes législatifs de l'Union européenne entrés en vigueur depuis 1999 et notamment le règlement (CE) n°883/2004 et son règlement d'application (CE) n°987/2009;

Attendu que la décision n°1/2012 du Comité mixte susmentionné a été publiée au Journal officiel de l'Union européenne le 13 avril 2012; qu'en conséquence le présent litige doit être analysé au vu de l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, des décisions du Comité mixte publiées au Journal officiel de l'Union européenne et des règlements (CEE) n°1408/71 et n°574/72 ainsi que les règlements modificatifs (CE) n°883/2004 et n°987/2009;

Attendu que l'ALCP dispose en son article 8 b) - *Coordination des systèmes de sécurité sociale* - que les parties contractantes règlent, conformément à son annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment la détermination de la législation applicable;

Attendu que l'Annexe II section A point 1 o) de l'ALCP disposait que l'annexe VI - *Modalités particulières d'application des législations de certains états membres* - du règlement (CEE) n°1408/71, était complétée par le texte suivant pour la Suisse :

- 3) *Assurance obligatoire dans l'assurance maladie suisse et possibilités d'exemption :*
- a) *Sont assurées obligatoirement dans l'assurance maladie suisse les personnes suivantes qui ne résident pas en Suisse :*
 - i) *Les personnes soumises aux dispositions légales suisses en vertu du titre II du règlement ;*
 - ii) *Les personnes pour lesquelles la Suisse est l'Etat compétent en vertu des articles 28, 28 bis ou 29 du règlement ;*
 - iii) *Les personnes au bénéfice de prestations de chômage de l'assurance suisse ;*
 - iv) *Les membres de la famille de ces personnes ou d'un travailleur qui réside en Suisse et est assuré dans l'assurance maladie suisse, lorsque ces*

*membres de famille ne résident pas dans l'un des Etats suivants :
Danemark, Espagne, Portugal, Suède, Royaume-Uni.*

b) Les personnes mentionnées au point a) peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire si elles résident dans l'un des Etats suivants et prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : Allemagne, Autriche, Finlande, Italie et, dans les cas visés sous la lettre a, i) et iii), au Portugal.

Cette demande doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; lorsque la demande est déposée après ce délai, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation.

Attendu qu'initialement, la France ne figurait pas parmi les pays bénéficiant de la possibilité d'exemption visée au point b); qu'ainsi, lors de l'entrée en vigueur de cet accord le 1^{er} juin 2002, les résidents français travaillant en Suisse ne pouvaient pas bénéficier d'une exemption de l'assurance obligatoire en Suisse;

Attendu que cette disposition a été modifiée par la décision n° 2/2003 du Comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003; que la France a alors été introduite dans les pays dont les résidents peuvent bénéficier d'une exemption à l'assurance obligatoire suisse;

Attendu que fait valoir que cette décision du Comité mixte ne lui serait pas opposable de sorte qu'il n'aurait pas la possibilité d'être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse;

Attendu que les dispositions arrêtées par un comité institué par un accord international conclu entre la Communauté européenne et un pays tiers font partie intégrante, à partir de leur entrée en vigueur de l'ordre juridique communautaire (CJCE, 20 sept. 1990, 192/89 *Sevince c/ Staatssecretaris van Justice*); qu'il a été précisé dans ce même arrêt qu'à l'instar des dispositions des accords conclus par la Communauté avec des pays tiers, les dispositions arrêtées par ledit comité pour assurer la mise en oeuvre des dispositions de l'accord qui l'a institué, doivent être considérées comme étant d'application directe lorsque, eu égard à leurs termes ainsi qu'à leur objet et à leur nature, ainsi qu'à ceux de l'accord d'association, elles comportent une obligation claire et précise, qui n'est subordonnée, dans son exécution ou ses effets, à l'intervention d'aucun acte ultérieur (CJCE, 15 juillet 2004, aff. C-213/03 *Syndicat professionnel coordination de l'étang de Berre et de la région*); que tel est le cas des dispositions de la décision n°2/2003, du 15 juillet 2003, de sorte que ces dispositions ont un effet direct dans les Etats membres de la Communauté et ce, peu importe à cet égard que soit prévue l'intervention éventuelle de mesures nationales d'exécution, celles-ci ne correspondant à aucun pouvoir discrétionnaire;

Attendu qu'il est précisé dans l'arrêt *Sevince c/ Staatssecretaris van Justice* que l'absence de publication de telles décisions ne peut que faire obstacle à ce qu'elles soient opposées à un particulier; que la publication dont il est fait mention est celle au Journal officiel de l'Union européenne et non celle au Journal officiel de la République française; que dès lors, les décisions des organes administratifs institués par les accords internationaux sont sources du droit de l'Union et lient les Etats membres comme l'accord de base à compter de leur seule publication au Journal officiel de l'Union européenne;

Attendu qu' à compter de cette décision publiée au Journal officiel de l'Union européenne le 26 juillet 2003, les résidents français pouvaient donc bénéficier de la possibilité d'être exemptés d'une affiliation en Suisse;

Attendu qu'il convient ensuite de déterminer à partir de quelle date cette décision n°2/2003 est entrée en vigueur, les parties étant en désaccord sur ce point;

Attendu que l'article 2 de la décision n°2/2003 prévoit que :

“ La présente décision entre en vigueur le jour de son adoption par le comité mixte. Elle s'applique à compter du 1er juin 2002, sauf pour ce qui concerne la modification du point 3 b) de l'annexe II de l'accord supprimant ou limitant la possibilité d'être exempté de l'assurance maladie obligatoire suisse pour les personnes résidant au Portugal et en Finlande, qui prend effet à compter du 1er juin 2003. ”

Attendu que la décision a été publiée le 26 juillet 2003, est entrée en vigueur le jour de son adoption soit le 15 juillet 2003 et devait s'appliquer à partir du 1^{er} juin 2002; que la CPAM en tire comme argument que la possibilité d'exemption serait entrée en vigueur le 1^{er} juillet ou le 1^{er} janvier 2003, ces deux dates étant mentionnées par la Caisse sans autre explication;

Attendu cependant que les actes normatifs de l'Union européenne produisent leurs effets sur les situations existantes et modifient donc les règles en vigueur au moment où ils produisent leurs effets (*CJCE, 17 décembre 1964, aff.102/63, Boursin/H.A. CECA*); que les règles de fond sont habituellement interprétées comme ne visant des situations antérieures à leur entrée en vigueur que si des indications suffisamment claires amènent à conclure que tel était l'effet recherché; que l'absence d'application rétroactive des actes communautaires peut s'effacer à titre exceptionnel lorsque le but à atteindre l'exige et lorsque la confiance légitime des intéressés est dûment respectée (*CJCE, 25 janvier 1979, aff.98/78, Racke*); que les actes ayant un effet rétroactif doivent donc comporter dans leurs motifs les indications justifiant l'effet rétroactif recherché (*CJCE, ord. du 1^{er} février 1984, aff. 1 /84, Ilford c/ Commission*);

Attendu qu'ainsi, les principes de prééminence du droit, de sécurité juridique et de confiance légitime s'opposent à ce que, sauf pour un motif d'intérêt général suffisant, des normes expressément rétroactives soient établies;

Attendu qu'en l'espèce, la décision n°2/2003 ne comporte aucun exposé des motifs justifiant la nécessité d'un effet rétroactif; que dès lors, cette décision ne peut modifier les dispositions de l'ALCP qu'à partir de son entrée en vigueur autrement dit le jour de son adoption soit le 15 juillet 2003;

Attendu qu'en conséquence, la situation des travailleurs frontaliers exerçant leur activité professionnelle en Suisse était la suivante:

- jusqu'à l'entrée en vigueur de la décision n°2/2003 le 15 juillet 2003, ils n'avaient pas la possibilité d'être exemptés d'une affiliation en Suisse;
- à compter du 15 juillet 2003, ils avaient la possibilité d'être exemptés d'une affiliation en Suisse et de s'affilier soit auprès d'une assurance privée, soit auprès du régime général de la sécurité sociale française;

B. Sur l'interprétation du texte prévoyant l'exemption à l'assurance obligatoire en Suisse.

Attendu que les parties sont en désaccord sur l'interprétation du texte permettant aux travailleurs frontaliers d'être exemptés de l'affiliation obligatoire en Suisse;

Attendu que la possibilité d'exemption à l'assurance obligatoire en Suisse était initialement prévue par l'article 3 de l'annexe VI - *Modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres* - du règlement (CEE) n° 1408/71 puis, à partir de l'entrée en vigueur de la décision n°1/2012 du Comité mixte, par l'article 3 de l'annexe XI - *Dispositions particulières d'application de la législation de certains Etats membres* - du règlement (CE) n° 883/2004; qu'à l'exception de la liste des Etats concernés, les deux articles sont ainsi rédigés de manière identique:

3) Assurance obligatoire dans l'assurance maladie suisse et possibilités d'exemption

a) [...]

b) Les personnes visées au point a) peuvent sur demande être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et peuvent prouver qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie: Allemagne, Autriche, France, Italie et, dans les cas visés au point a) iv) et v), Finlande.

Cette demande:

aa) doit être déposée 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 déploie ses effets dès le début de l'assujettissement à l'assurance obligatoire;

bb) [...]

Attendu que l'article 16 de l'ALCP dispose que, dans la mesure où l'application de l'accord implique des notions de droit communautaire, il doit être tenu compte de la jurisprudence pertinente de la Cour de justice des Communautés européennes;

Attendu que l'interprétation des normes communautaires est commandée par l'interprétation uniforme et autonome du droit de l'Union; qu'ainsi, le recours à des règles ou notions juridiques du droit national pour l'appréciation du droit communautaire n'est pas possible car cela aurait pour effet de porter atteinte à l'unité et à l'efficacité du droit communautaire (*CJCE, 17 décembre 1970, aff. 11/70, Internationale Handelsgesellschaft; CJCE, 22 mai 2003, aff. C-103/11, Commission / Allemagne*);

Que la nécessité d'assurer une application uniforme des dispositions du traité dans toute la Communauté exige une interprétation autonome de sorte que l'interprétation de la norme communautaire ne peut pas dépendre de la façon dont cette mesure a été perçue ou appréciée dans le cadre national (*CJCE, 29 avril 1982, aff. 17/81, Pabst & Richarz KG*); que les textes et les notes établis unilatéralement par la France ne peuvent pas permettre à eux seuls l'interprétation des dispositions concernant ce litige;

Que pour procéder à l'interprétation autonome d'une disposition communautaire, il convient donc de se référer en premier lieu au libellé du texte, en deuxième lieu au contexte dans lequel il s'inscrit, à sa raison d'être et à sa nature ainsi qu'en troisième lieu, aux interprétations que la jurisprudence a dégagées en la matière (*TPICE, 30 juin 2005, aff. T-190/03, Olesen/Commission*);

a. Sur l'interprétation littérale.

Attendu qu'il y a lieu de relever que le texte énonce la nécessité pour le requérant de faire une demande pour être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse;

Que selon la CPAM, cette demande pourrait être effectuée de manière tacite notamment par la souscription d'une assurance privée en France;

Attendu cependant que le terme de "demande" se définit ainsi :

- l'action de demander; écrit, parole qui l'exprime (*dictionnaire Larousse, Le Lexis, p.514, édition de février 2014*);
- l'action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui (*dictionnaire Le Petit Robert, mai 2004, p.674*);

Que ces définitions démontrent que la "demande" nécessite un acte positif à destination de la personne à laquelle est formulée la sollicitation; qu'ainsi, le texte est clair et sans ambiguïté en ce qu'il impose une démarche expresse du travailleur pour être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse;

Attendu que l'interprétation littérale du texte se suffit à elle-seule; que néanmoins, le tribunal a également examiné le texte litigieux selon d'autres méthodes d'interprétation afin d'asseoir la solution retenue;

b. Sur l'interprétation téléologique.

Attendu que l'interprétation téléologique conduit à s'interroger sur le contexte dans lequel s'inscrit la disposition à interpréter;

Attendu que les considérations ayant conduit à l'adoption du règlement (CEE) n°1408/71 étaient ainsi rédigées:

Considérant qu'il convient de soumettre les travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté au régime de la sécurité sociale d'un seul Etat membre, de sorte que les cumuls de législations nationales applicables et les complications qui peuvent en résulter soient évités;

Considérant qu'il importe de limiter autant que possible le nombre et la portée des cas où, par dérogation à la règle générale, un travailleur est soumis simultanément à la législation de deux Etats membres;

Considérant qu'en vue de garantir le mieux l'égalité de traitement de tous les travailleurs occupés sur le territoire d'un Etat membre, il est approprié de déterminer comme législation applicable, en règle générale, la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel l'intéressé exerce son activité salariée ou non salariée;

Attendu qu'il ressort également de l'exposé des considérations du règlement (CE) n°883/2004 que:

(16) A l'intérieur de la Communauté, il n'est en principe pas justifié de faire dépendre les droits en matière de sécurité sociale du lieu de résidence de l'intéressé. Toutefois dans des cas spécifiques, notamment pour des prestations spéciales qui ont un lien avec l'environnement économique et social de l'intéressé, le lieu de résidence pourrait être pris en compte.

(17) En vue de garantir le mieux possible l'égalité de traitement de toutes les personnes occupées sur le territoire d'un Etat membre, il est approprié de déterminer comme législation applicable, en règle générale, la législation de l'Etat membre dans lequel l'intéressé exerce son activité salariée ou non salariée.

(18 bis) Le principe de l'unicité de la législation applicable revêt une grande importance et il convient de le promouvoir davantage.

Attendu que le principe de l'unicité de la législation applicable est énoncé à l'article 11 du règlement (CE) n°883/2004 et figurait déjà à l'article 13, paragraphe 1 du règlement (CEE) n°1408/71 qui disposait que les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre; que le principe de l'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale est également qualifié par de nombreux auteurs comme l'un des principes fondamentaux des règles de coordination en matière de sécurité sociale dans le droit communautaire;

Attendu que seule une demande d'exemption faite de manière formelle est de nature à éviter, au mieux, les situations dans lesquelles un travailleur serait soumis à la législation de deux Etats membres; que ce n'est en effet que dans cette situation que les deux Etats seraient nécessairement informés du choix du travailleur; que par conséquent, seule une demande d'exemption formelle contre-signée par les deux pays permet de garantir au mieux le principe de l'unicité de la législation applicable;

Attendu qu'au surplus, l'interprétation qui conduit à prendre en compte l'effet utile des textes se rapproche également de l'interprétation téléologique; que l'effet utile des dispositions des règlements (CEE) n°1408/71 et (CE) n°883/2004 impose aussi de privilégier une demande d'exemption formelle puisque l'exemption tacite exposerait les travailleurs à des positions discordantes des Etats; qu'en effet, ceux-ci n'auraient aucun moyen de savoir si le travailleur a ou non sollicité son exemption puisque, par définition, en cas d'exemption tacite, ni la France ni la Suisse ne serait informée du choix opéré par le travailleur; que les faits démontrent également la pertinence de ce raisonnement puisque la CPAM a indiqué à de nombreuses reprises qu'elle n'avait de son côté aucun moyen de connaître le nombre et l'identité des personnes affiliées en France auprès d'une assurance privée; qu'il est ainsi nécessairement contraire à l'effet utile des textes communautaires de permettre qu'une telle situation juridique échappe à la connaissance et à la vigilance des deux Etats concernés;

c. Sur l'interprétation logique.

Attendu que les analyses littérale et téléologique du texte sont renforcées par l'interprétation logique des dispositions litigieuses; qu'en effet, le point aa) de l'article 3 prévoit que la demande

d'exemption doit *"être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse"*;

Attendu qu'il ressort de cette dernière disposition que la demande d'exemption ne peut résulter que d'un document devant être remis aux autorités suisses dans les trois mois de la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse; que dès lors, il est difficilement envisageable qu'une demande tacite puisse être "déposée" dans ce délai;

d. Sur l'interprétation liée à la position commune de la France et de la Suisse.

Attendu que les parties produisent un document rédigé en commun par les autorités suisses et françaises à savoir la note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance maladie dans le cadre de l'ALCP entre la Suisse et l'Union européenne signée par les autorités compétentes françaises et suisses le 1^{er} février 2013, autrement dit avant la naissance du présent litige ;

Attendu que cette note rappelle que l'exemption doit être faite sur demande des intéressés à condition qu'ils démontrent bénéficier d'une couverture maladie équivalente en France; que dès lors que l'exemption est conditionnée à la fourniture d'une preuve, celle-ci ne peut résulter que d'un acte explicite;

Qu'au surplus, la même note conjointe précise les modalités selon lesquelles la demande doit être faite en indiquant :

"elle doit être déposée auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie du lieu de travail en ce qui concerne les travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles, et auprès de l'institution commune LAMal en ce qui concerne les titulaires de rentes suisses et les membres de leurs familles. La liste des autorités cantonales compétentes (cf. Chapitre 5 ci-dessous) peut être obtenue auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ou sur son site internet (cf. Chapitre 4 ci-dessous). Si la demande d'exemption est rejetée par l'autorité cantonale ou l'institution commune LAMal, la personne en question doit être obligatoirement assurée en Suisse."

Attendu que ces directives émises d'un commun accord entre la Suisse et la France démontrent, sans aucune ambiguïté possible, que la demande d'exemption ne peut être accordée tacitement puisqu'il est nécessaire de "déposer" la demande auprès de l'autorité compétente et qu'un refus peut être opposé par la Suisse;

Qu'en outre, la même note ajoute que *"le droit d'option ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès d'une assurance maladie française"*; que là encore, la volonté exprimée par les autorités des deux Etats avant la naissance du présent litige démontre que ceux-

ci n'entendaient pas permettre une affiliation systématique et implicite auprès de l'assurance maladie française;

Qu'il est enfin noté en page 3 que *"quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM du lieu de résidence sous peine d'invalider le droit d'option exercé"* et, plus loin, *"le formulaire attestant de l'affiliation en France doit être déposé dans les 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale (1^{er} jour de prise d'activité en Suisse) ou de la domiciliation en France auprès de l'autorité cantonale compétente"*;

Que la note indique en conclusion qu' *"en l'absence de ce formulaire dûment rempli et visé, l'exemption à une couverture maladie suisse n'est pas possible"*;

Attendu qu'à titre surabondant, le Tribunal relève que le formulaire qui devait être rempli par le travailleur frontalier mentionne en caractères gras que *"l'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable"* et comporte une case qui doit être *"obligatoirement et dans tous les cas complétée par la Caisse primaire d'assurance maladie [du] lieu de résidence avant d'être retournée à l'autorité compétente suisse"*; que là encore, cet élément démontre que l'exemption ne pouvait résulter que d'une expression de la volonté du requérant manifestée par un cachet de la CPAM et une réponse de l'autorité suisse;

Attendu que le fait que, pendant plus de 10 ans, les travailleurs frontaliers n'ont pas rempli ce formulaire ne suffit pas à contrer l'interprétation énoncée ci-dessus; qu'en effet, les citoyens ne peuvent être tenus responsables du comportement des Etats qui ont laissé perdurer une situation de non droit en ce que, d'une part, la France a permis aux travailleurs frontaliers de s'affilier auprès d'une assurance privée alors qu'ils n'avaient pas été exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse et en ce que, d'autre part, la Suisse n'a pas affilié à son assurance maladie les travailleurs frontaliers qui ne lui avaient pas transmis de demande d'exemption dans le délai de trois mois à compter de leur soumission au régime suisse de sécurité sociale ; que cela est d'autant plus vrai que le requérant conteste avoir reçu l'information adéquate et qu'il n'est pas démontré que les autorités françaises ou suisses auraient adressé en temps utile une quelconque information à celui-ci;

Attendu qu'en conséquence, il y a lieu d'interpréter l'article aa) de l'article 3 de l'annexe VI - *Modalités particulières d'application des législations de certains Etats membres* - du règlement (CEE) n° 1408/71 et le même article de l'annexe XI - *Dispositions particulières d'application de la législation de certains Etats membres* - du règlement (CE) n° 883/2004 comme introduisant une possibilité d'exemption de l'affiliation au régime obligatoire suisse qui doit être effectuée de manière explicite en déposant une demande auprès de l'autorité cantonale suisse compétente dans laquelle il est justifié d'une couverture sociale identique en France;

C. Sur l'application à la situation de

Attendu que a commencé à travailler en Suisse le 11 janvier 2010, soit après l'entrée en vigueur de la décision n°2/2003 du Comité mixte; qu'à cette date, avait donc la possibilité d'être exempté de l'obligation de s'assurer en Suisse à condition d'adresser une demande formelle d'exemption aux autorités suisses dans le délai de trois mois suivant le début de ses fonctions en Suisse;

Attendu que fait valoir qu'il n'a jamais adressé de formulaire sollicitant l'exemption aux autorités compétentes suisses; qu'il produit un courrier de la LAMal daté du 28 mai 2015 duquel il ressort que la Suisse n'a jamais enregistré à son égard une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse;

Attendu qu'il n'est pas démontré que aurait été destinataire de la part des autorités françaises ou suisses d'une quelconque information lui indiquant d'une part qu'il disposait d'un délai de trois mois pour formuler une demande d'exemption et, d'autre part, que s'il optait pour une assurance privée en France, il était réputé avoir exercé de manière irrévocable son option en faveur du droit français; qu'il n'est pas non plus démontré qu'il existait en 2010 un formulaire type ou une note conjointe rejoignant la note conjointe du 1^{er} février 2013 qui a, seule, été produite aux débats;

Attendu qu'en conséquence, n'ayant pas formé sa demande d'exemption dans le délai de trois mois à compter du 11 janvier 2010, il ne pouvait qu'être affilié en Suisse à compter de cette date comme cela est rappelé par la note conjointe du 1^{er} février 2013 qui prévoit que *"ce délai échu, [les travailleurs] doivent entrer ou rester dans le régime suisse d'assurance maladie obligatoire"*; que la seule sanction possible lorsque le travailleur ne s'est pas manifesté auprès des autorités suisses dans le délai imparti est ainsi l'affiliation obligatoire en Suisse et le paiement d'un supplément de prime pour affiliation tardive; que ladite affiliation n'est de plus effective qu'à compter de la demande du frontalier de sorte que le risque pour l'assuré de se voir réclamer des cotisations pour les années antérieures est inexistant (*circulaire n°DSS/DACI/2002/368 du 27 juin 2002 et Cour de justice de Genève, Chambre des assurances sociales, 29 janvier 2015, A/2479/2014*);

Attendu que la CPAM fait valoir qu'elle a affilié antérieurement à l'affiliation suisse à savoir le 1^{er} mai 2015; que néanmoins, l'affiliation au système français n'était plus possible sans dérogation autorisée par les autorités suisses dès lors que le droit d'option n'avait pas été exercé dans le délai de trois mois; que le principe même de l'affiliation en France était devenu impossible à compter du 11 avril 2010 (trois mois après le 1^{er} jour de travail en Suisse), soit antérieurement à la décision de la CPAM du 1^{er} mai 2015; que

n'avait ainsi nul besoin de s'affilier ou de se pré-affilier auprès de la CPAM à cette date;

Attendu qu'au surplus, il convient de relever que le consentement de à une affiliation en France n'aurait pas été suffisamment éclairé puisque la CPAM indiquait à tort sur son site internet que les travailleurs frontaliers n'avaient pas d'autre choix que celui de s'affilier auprès de la sécurité sociale française; que le refus de radiation opposé aujourd'hui par la Caisse ne peut dès lors être justifié en l'absence d'engagement valable,

n'ayant en aucun cas pu valablement consentir à un engagement qui n'aurait jamais dû lui être proposé (*CA Besançon, Ch. Sociale, 25 octobre 2011 n°10/03288 Jurisdata 2011-030517*);

Attendu qu'en conséquence, il y a lieu de faire droit à la demande de et d'enjoindre à la Caisse de radier celui-ci de ses registres, cette décision impliquant nécessairement pour la Caisse l'obligation de régulariser la situation de notamment en lui renvoyant le formulaire E106;

Attendu que sollicite par ailleurs que cette injonction soit faite sous astreinte de 500 euros par jour de retard; que néanmoins, il n'y a pas lieu de faire droit à cette demande;

III. SUR LA DEMANDE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

Attendu qu'en application de l'article 1382 du code civil, tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer; qu'en conséquence, il appartient à de démontrer l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre les deux;

Attendu que tous les organismes de sécurité sociale sont débiteurs à l'égard de leurs assurés d'une obligation générale d'information en application de l'article R.112-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que le ministre chargé de la sécurité sociale prend, avec le concours des organismes de sécurité sociale, toutes mesures utiles afin d'assurer l'information générale des assurés sociaux;

Attendu qu'en l'espèce, la CPAM a manqué à son obligation d'appliquer les textes communautaires à la situation de ; qu'elle a en outre manqué à son obligation d'information générale et particulière en délivrant une information erronée à celui-ci;

Attendu que ces manquements caractérisent une faute de sa part;

Attendu qu'il en est résulté une situation d'insécurité juridique et sociale pour
pendant plusieurs mois; que celui-ci a été confronté à une situation de double affiliation entraînant des cotisations en France et en Suisse comme cela est démontré par les pièces produites caractérisant ainsi l'existence d'un préjudice financier;

Que le fait de ne pas savoir avec certitude s'il pourrait se faire rembourser les soins entrepris par la Suisse ou par la France a également créé un préjudice moral à et
ce d'autant plus que la CPAM a, de manière illégale, refusé de radier le requérant et d'appliquer les mesures provisoires qui auraient *a minima* permis d'éviter au requérant de se trouver dans une situation angoissante au cours de la présente procédure;

Attendu qu'en réparation du préjudice directement causé par la faute de la CPAM, il convient de condamner celle-ci à payer à la somme de 1 euro à titre de dommages et intérêts outre les intérêts au taux légal à compter de la présente décision;

IV. SUR LES DEMANDES ACCESSOIRES.

Attendu qu'en application de l'article R.144-10 du code de la sécurité sociale, la procédure devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale est gratuite et sans frais ;

Que cependant, ni l'équité ni la situation économique de la Caisse primaire d'assurance maladie ne s'oppose à ce qu'elle soit condamnée à payer à la somme de 2.000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile; que la solution donnée au litige impose de rejeter la demande de la CPAM sur le même fondement;

Que la nature du litige et l'article 6 du règlement (CE) n°987/2009 imposent d'ordonner l'exécution provisoire de la présente décision;

PAR CES MOTIFS,

Le Tribunal statuant publiquement, par jugement contradictoire rendu en premier ressort par mise à disposition au secrétariat,

DÉCLARE recevable le recours formé contre la décision implicite de rejet de la Commission de recours amiable;

REJETTE la demande de tendant à voir écarter les conclusions de la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin;

INFIRME la décision implicite de rejet de la Commission de recours amiable;

DIT que ne doit pas être affilié auprès du régime de sécurité sociale français, celui-ci étant déjà affilié auprès du régime suisse de sécurité sociale;

ENJOINT à la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin de radier de ses registres et de tirer toutes les conséquences de cette radiation;

CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin à payer à la somme de 1 euro (*un euro*) à titre de dommages et intérêts outre les intérêts au taux légal à compter de la présente décision;

CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin à payer à la somme de 2000 euros (*deux mille euros*) au titre de l'article 700 du code de procédure civile outre les intérêts au taux légal à compter de la présente décision;

REJETTE la demande d'astreinte;

REJETTE la demande de la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin au titre de l'article 700 du Code de procédure civile ;

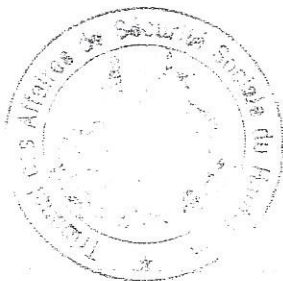
DIT n'y avoir lieu aux dépens;

ORDONNE l'exécution provisoire;

RAPPELLE que conformément à l'article R.142-28 du code de la sécurité sociale, les parties peuvent interjeter appel de la présente décision dans un délai d'un mois à compter de la notification et ce, par déclaration faite ou adressée en courrier recommandé au greffe de la Cour d'appel.

AINSI JUGÉ ET PRONONCÉ le 29 février 2016 après en avoir délibéré et signé par la Présidente et la Secrétaire.

La Présidente.



La Secrétaire.

