

REPUBLIQUE FRANÇAISE
TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE
DE LA HAUTE SAVOIE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Décision N°
Recours :

Dispensé des formalités de timbre et d'enregistrement
(Article L.124-1 du code de la Sécurité Sociale)

JUGEMENT DU 12 SEPTEMBRE 2017

EN PRÉSENCE DE

Composition du Tribunal lors des débats et du délibéré du 22 juin 2017

Madame Dominique	- Magistrat, Président de la formation,
Monsieur Gérard	- Assesseur représentant les employeurs,
Monsieur Stéphane	- Assesseur représentant les salariés,
Madame Isabelle	- Secrétaire adjointe assermentée,

DEMANDEUR Monsieur

Représenté par Maître
Avocat inscrit au barreau d'Annecy
Substitué par Maître

DEFENDEUR Caisse primaire d'assurance maladie de Haute Savoie
2, rue Robert Schuman
74984 ANNECY CEDEX 9
Représentée par Madame
Régulièrement munie d'un pouvoir

DÉBATS

A l'audience publique du 22 juin 2017 la cause a été débattue puis l'affaire a été mise en délibéré au 12 septembre 2017.

FAITS, PROCEDURE, MOYENS ET PRETENTIONS DES PARTIES

Monsieur Nicolas travaille en Suisse et réside en France après avoir séjourné en Suisse. Il a souscrit un contrat d'assurance maladie privée avec une compagnie d'assurance française.

Le contrat d'assurance privée de Monsieur Nicolas pris fin au 31 mai 2015, date limite fixée par les décrets n° 2014-510 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 résidant en France et travaillant en Suisse et à leur accès aux soins.

Monsieur Nicolas a été affilié à compter du 1er juin 2015 auprès du régime général de la sécurité sociale française.

Par courrier en date du 5 novembre 2015, Monsieur Nicolas a demandé à ne plus être affilié à la caisse primaire d'assurance maladie.

Par courrier en date du 15 décembre 2015, la Caisse primaire d'assurance maladie a informé Monsieur Nicolas que son affiliation au régime général de l'assurance maladie est définitive.

Sur recours de Monsieur Nicolas en date du 31 janvier 2016, la Commission de recours amiable a rejeté son recours par décision implicite au 2 mars 2016.

Par lettre recommandée en date du 29 avril 2016, Monsieur Nicolas a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Après renvoi en date du 28 mars 2017, les parties ont été convoquées à l'audience du 22 juin 2017, date à laquelle l'affaire a été plaidée, à défaut de conciliation possible.

Selon conclusions déposées et soutenues à l'audience, auxquelles la présente décision se réfère exoressément pour plus ample exposé des moyens développés, Monsieur Nicolas demande au tribunal de :

Vu l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale,

Vu le rejet tacite de la commission de recours amiable suite à la saisine de Monsieur Nicolas

Vu l'accord franco-suisse en date du 8 juillet 2016,

Vu l'article 1382 du code civil,

Vu les pièces,

- déclarer le recours formé par Monsieur Nicolas recevable contre la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable,

En conséquence,

- constater que Monsieur Nicolas n'a pas opté pour une adhésion à la couverture maladie universelle française.
- donner acte à Monsieur Nicolas de sa demande de radiation de la couverture maladie universelle.
- dire et juger que Monsieur Nicolas a sollicité expressément par le formulaire E106, le maintien au régime Suisse avec le choix de LAMal en date du 1er juin 2015,
- dire et juger que la double affiliation, par le refus de la Caisse primaire d'assurance maladie de radier Monsieur Nicolas à compter du 1er juin 2015, est in conventionnelle,

page 3 sur 10

En conséquence,

- radier Monsieur Nicolas de son adhésion au régime d'assurance maladie français rétroactivement à compter de l'affiliation à LAMal en date du 1er juin 2015, et
 - enjoindre la Caisse primaire d'assurance maladie de radier Monsieur de ses registres et en tirer toutes conséquences quant à l'absence de légalité de l'envoi des appels de cotisations, sous astreinte de 500€ par jours de retard à compter de la décision à intervenir.
 - ordonner, toutes restitutions le cas échéant,
 - dire et juger que l'ensemble des appels de cotisations qui pourraient être adressés à Monsieur Nicolas ont nuls et non avenues.
- Vu, le manquement à son obligation d'information générale et particulière par la caisse primaire d'assurance maladie, ayant généré une insécurité juridique,
- condamner, la caisse primaire d'assurance maladie à devoir payer à Monsieur Nicolas la somme de 1.000 € à titre de dommages et intérêts.
 - ordonner l'exécution provisoire de la décision à intervenir compte tenu de la nature du litige.
 - condamner la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie à régler à Monsieur Nicolas la somme de 800 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.
 - condamner la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie aux dépens de l'instance.

Selon argumentaire sans désignation de nom de la partie adverse déposé et soutenu à l'audience et dit valable pour tous les dossiers, et auquel la présente décision se réfère expressément pour plus ample exposé des moyens développés, la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, s'oppose aux prétentions et à l'argumentation de Monsieur Nicolas et demande au tribunal de :

- débouter l'assuré de l'ensemble de ses demandes.

La Caisse soutient en outre que l'accord bilatéral conclu entre la France et la suisse en date du 7 juillet 2016 n'a pas d'effet rétroactif.

MOTIF DE LA DECISION

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

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.

En l'espèce, le recours contre la décision de rejet implicite de la Commission a été effectué le 29 avril 2016, soit dans le délai légal ; le recours formé à l'encontre la décision de la Commission de recours amiable doit donc être déclaré recevable.

2. Sur le fond

Le litige entre les parties porte à titre principal sur l'affiliation d'office de Monsieur Nicolas auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie, après une période transitoire durant laquelle il était assuré par un assureur privé français, la Caisse primaire d'assurance maladie considérant que ladite adhésion auprès d'un assureur privé français vaudrait adhésion tacite au régime français de sécurité sociale.

page 4 sur 10

Il s'avère qu'à la suite des décrets n° 2014-516 et 517 du 22 mai 2014, pris en application et pour l'application de l'article L.380-3-1 du Code de la sécurité sociale et d'une circulaire à valeur réglementaire du 23 mai 2014 relative à l'intégration dans le régime général de sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins, il a été exigé des travailleurs frontaliers qui avaient fait le choix de s'assurer auprès d'un assureur privé pour leur couverture du risque maladie d'intégrer le régime français de sécurité sociale prévu par l'article L.380-1 du Code de la sécurité sociale créé à l'origine pour les personnes inactives (CMU).

Monsieur Nicolas est travailleur frontalier au sens de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et les Etats de la Communauté européenne, complété par la décision 2/2003 du comité mixte du 15 juillet 2003, qui a prévu pour les travailleurs frontaliers la possibilité d'être exempté d'une affiliation en suisse et la possibilité d'affiliation soit auprès du régime de sécurité sociale français, soit auprès d'une assurance privée.

Cet accord a ainsi posé le principe de l'affiliation des frontaliers au régime d'assurance maladie suisse, en ouvrant toutefois pour les frontaliers résidant en France une possibilité d'affiliation au régime français à condition d'avoir une réponse favorable à une demande d'exemption présentée devant l'organisme suisse.

Ces dispositions ont été régulièrement intégrées dans l'ordre juridique français auquel elles s'imposent en tant que normes de valeur supranationale.

L'article L.380-3-1 du Code de la sécurité sociale dispose que les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre de l'accord du 21 juin 1999 entre la communauté européenne et ses états membres d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, ... mais qui sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L.160-1.

Ainsi l'article L.380-3-1 précité subordonne l'affiliation au régime français à une demande d'exemption de l'affiliation obligatoire au régime suisse.

Les parties étant en désaccord sur l'interprétation des textes y a lieu d'examiner si la demande d'affiliation aurait pu être effectuée de manière tacite, par la souscription d'une assurance en France.

• Sur l'interprétation littérale du terme demande

Le terme de « demande » se définit ainsi :

- selon le dictionnaire Larousse : action de demander, écrit, parole qui l'exprime,
- selon le dictionnaire Le Petit Robert : action de demander, de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui.

Ces définitions démontrent que la « demande » nécessite un acte positif à destination de la personne à laquelle est formulée la sollicitation ; 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.

L'interprétation littérale du texte se suffit à elle-même ; néanmoins, il y a lieu également d'examiner le texte litigieux selon d'autres méthodes d'interprétation.

• Sur l'interprétation téléologique

L'interprétation téléologique conduit à s'interroger sur le contexte dans lequel s'inscrivent les dispositions à interpréter.

Les considérations ayant conduit à l'adoption du règlement (CEE) n°1408/71 sont 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.

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.

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 dispose que les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul Etat membre.

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.

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 ; ce n'est en effet que dans cette situation que les deux Etats seraient nécessairement informés du choix du travailleur et par conséquent, seule une demande d'exemption formelle contresignée par les deux pays permet de garantir au mieux le principe de l'unicité de la législation applicable.

Au surplus, l'interprétation qui conduit à prendre en compte l'effet utile des textes se rapproche également de l'interprétation téléologique ; l'effet utile des dispositions des règlements (CE) 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 ; ces derniers n'auraient en effet 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 seraient informées du choix opéré par le travailleur.

Les faits démontrent également la pertinence de ce raisonnement puisque la Caisse primaire d'assurance maladie ne dispose pas de moyen propre lui permettant de connaître avec certitude le nombre et l'identité des personnes affiliés en France auprès d'une assurance privée.

Il est donc 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.

• Sur l'interprétation logique

Les analyses littérale et téléologique du texte sont renforcées par l'interprétation logique des dispositions litigieuses. En effet, il est expressément prévu que la demande d'exemption doit « être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse ».

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.

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

Le 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 1er février 2013, rappelle que l'exemption doit être faite sur demande des intéressés à condition qu'ils démontrent bénéficier d'une couverture maladie équivalente en France.

Dès lors que l'exemption est conditionnée à la fourniture d'une preuve, celle-ci ne peut résulter que d'un acte explicite.

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 ».

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.

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 ».

Ainsi, la volonté exprimée par les autorités des deux Etats avant la naissance du présent litige démontre, encore, que ceux-ci n'entendaient pas permettre une affiliation systématique et implicite auprès de l'assurance maladie française.

Il est enfin noté en page 3 que « quelle que soit l'option choisie, le formulaire doit être obligatoirement visé par la Caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence sous peine d'invalidier 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 (1er jour de prise d'activité en Suisse) ou de la domiciliation en France auprès de l'autorité cantonale compétente ».

page 7 sur 10

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 ».

A titre surabondant, il y a lieu de relever 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 ».

Cet élément démontre encore que l'exemption ne pouvait résulter que d'une expression de la volonté du requérant manifestée par un cachet de la Caisse primaire d'assurance maladie et une réponse de l'autorité suisse.

Le fait que, pendant plus de 10 ans, les travailleurs frontaliers n'aient pas rempli ce formulaire ne suffit pas à contrer l'interprétation énoncée ci-dessus ; car, en effet, les citoyens ne sauraient être tenus responsables de la carence des Etats qui ont laissé perdurer une situation de non droit en ce que, d'une part, la Suisse a omis d'affilier 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, et en ce que, d'autre part, la France a permis aux travailleurs frontaliers de s'affilier auprès d'une assurance privée française alors qu'ils n'avaient pas été exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse.

Il n'est d'ailleurs pas démontré que les autorités françaises ou suisses aient adressé en temps utile une quelconque information au requérant.

Il y a donc 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.

En conclusion, il y a lieu de juger que le défaut de demande d'exemption à LAmal, qui ne saurait être tacite, empêche l'affiliation à tout autre régime que le régime suisse, dans la mesure où l'autorité suisse n'a pas été en état de vérifier si les conditions requises étaient réunies pour délivrer l'exemption.

3. Sur l'interprétation de l'accord bilatéral conclu entre la France et la suisse en date du 7 juillet 2016 et la question de la rétroactivité de cet accord

En dernier lieu, et afin de ne laisser aucune question sans réponse, il y a lieu d'examiner l'accord bilatéral conclu entre la France et la suisse en date du 7 juillet 2016, la Caisse primaire d'assurance maladie contestant le caractère rétroactif de cet accord.

L'objectif principal, non contesté de cet accord, vise à mettre un terme aux situations de double affiliation prohibées en application du principe de l'unicité de la législation sociale.

Interpréter cet accord comme non rétroactif reviendrait précisément à maintenir les requérants dans cette situation de double affiliation durant la période intercalaire, jusqu'au 1^{er} octobre 2016, date d'entrée en vigueur de l'accord. La lecture de l'accord permet d'en dégager le principe posé par l'article 6 qui stipule que « les personnes visées à la lettre a du chiffre 3 sous « Suisse » de l'annexe XI du

- page 8 sur 10

règlement CE n°883/2004 dans une situation simultanée aux régimes suisse et français, et qui ne souhaitent pas être exemptées de l'assurance maladie obligatoire suisse, sont radiées de l'assurance maladie française sur présentation d'un formulaire E 106 ou d'une attestation S1 émis par l'assureur-maladie suisse ».

Il est ainsi rappelé que les intéressés qui n'ont pas formé de demande d'exemption à LAmal doivent être radiés des registres du régime français.

Le cas des personnes qui n'ont pas été exemptées, et qui souhaitent bénéficier du régime français est évoqué par l'article 4 qui rouvre pour une période limitée la possibilité aux travailleurs frontaliers de demander leur exemption à LAmal.

Enfin si cet accord visant à clarifier les situations avait entendu faire une distinction entre les cas passés et présents, il n'aurait pas manqué d'établir une distinction entre les personnes placés dans une telle situation, antérieurement au 1^{er} octobre 2016 et celles qui le seraient postérieurement à cette date ; or, tel n'est pas le cas.

Il s'en déduit que cet accord qui ne fait qu'entériner l'accord de 1999, vise nécessairement à régler les cas passés et présents.

Cette interprétation est d'ailleurs confirmée par la Commission Européenne, selon courrier adressé en date du 17 janvier 2017, à Monsieur le Président du Comité de Défense des Travailleurs frontaliers.

4. Sur l'application des règles de droit au cas de Monsieur

La Caisse primaire d'assurance maladie ne verse aux débats aucun élément permettant de vérifier si l'autorité suisse a été en mesure d'exercer ses droits.

Le fait que Monsieur Nicolas ait adressé à la Caisse primaire d'assurance maladie le formulaire de demande d'affiliation à compter de la date d'échéance de son assurance privée, soit le 31 mai 2015 ne dispensait nullement la Caisse, de vérifier la régularité du dossier, à savoir la transmission préalable à l'autorité suisse, avant de procéder à l'affiliation.

Il s'ensuit que c'est à tort que la Caisse primaire d'assurance maladie a affilié Monsieur Nicolas au régime général français alors qu'aucune exemption formelle n'avait été prononcée par l'autorité suisse. Le fait que le demandeur ait souscrit une assurance privée en France, d'ailleurs non assimilable par l'ensemble de ses conditions contractuelles au régime général français d'assurance maladie, n'autorise ni cet assureur, ni la caisse à s'affranchir de l'accord du 21 juin 1999, normes de valeur supranationale.

L'autorité suisse a d'ailleurs rappelé le 1^{er} juin 2015, à différents travailleurs frontaliers que *« les travailleurs frontaliers tenus de s'assurer pour les soins en Suisse en raison de leur activité professionnelle (principe du lieu de travail), ne peuvent rester assurés dans leur pays de résidence que s'ils ont procédé à une demande d'exemption formelle [...]il ressort des clarifications entreprises par l'Institution commune LAMal, qu'il n'existe aucune demande d'exemption formelle relative à votre personne... ».*

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de considérer qu'est ainsi affectée d'un vice l'affiliation de Monsieur Nicolas à la Caisse primaire d'assurance maladie ; cette affiliation sera donc déclarée irrégulière.

En conséquence, il convient d'infirmes, la décision de rejet implicite de la Commission de Recours Amiable et d'ordonner la radiation de Monsieur Nicolas

des registres de la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute Savoie au 1er juin 2015.

5. Sur les demandes accessoires

• Sur la demande en dommages-intérêts

En droit, l'article 1382 du code civil, dans son ancienne rédaction applicable, dispose que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

En vertu de l'article 1382 (ancien) dudit code, il appartient au demandeur de démontrer l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

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.

En l'espèce, la Caisse primaire d'assurance maladie qui a manqué à son obligation d'appliquer les textes communautaires à la situation de Monsieur Nicolas a en outre manqué à son obligation d'information générale et particulière en délivrant une information erronée.

Ces manquements caractérisent une faute de sa part dont il est résulté :

- une situation d'insécurité juridique et sociale pour l'intéressé pendant plusieurs mois ; celui-ci a en effet, 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.
- une situation d'incertitude morale, tenant au fait de ne pas savoir avec certitude s'il pourrait se faire rembourser les soins entrepris par la Suisse ou par la France, génératrice d'un préjudice moral et ce d'autant plus que la Caisse primaire d'assurance maladie a, de manière illégale, refusé de radier le requérant et d'appliquer des mesures provisoires qui a minima lui aurait permis d'éviter de se trouver dans une situation angoissante au cours de la présente procédure.

En réparation du préjudice directement causé par la faute de la Caisse primaire d'assurance maladie, il convient de condamner cette dernière à payer à Monsieur Nicolas la somme de 1 € à titre de dommages et intérêts.

• Sur l'article 700 du code de procédure civile

Monsieur Nicolas a dû engager des frais irrépétibles pour faire valoir ses droits dans la présente instance, il convient de lui allouer la somme de 200 € sur le fondement des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

• Sur l'exécution provisoire

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

• Sur l'astreinte

Etant rappelé que seul le prononcé du jugement avec l'exécution provisoire suffit, il n'y a donc pas lieu d'assortir le présent jugement d'une astreinte.

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale d'Annecy statuant publiquement, conformément à la Loi, par jugement contradictoire rendu en premier ressort :

page 10 sur 10

- DECLARE recevable le recours formé par Monsieur Nicolas
- CONSTATE que Monsieur Nicolas est affilié au régime d'assurance-maladie suisse,
- DIT que l'accord bilatéral franco-suisse du 7 juillet 2016 a un effet rétroactif,
- ORDONNE la radiation par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie de Monsieur Nicolas de ses registres, et ce à compter de la date initiale d'inscription,
- DIT que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Savoie devra tirer toutes conséquences de cette radiation consistant notamment en une décharge du demandeur de l'appel de toutes les cotisations effectué par le Centre National des Travailleurs Frontaliers en Suisse pour le compte de l'URSSAF,
- CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Savoie à payer à Monsieur Nicolas la somme de 1 € de dommages et intérêts,
- CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute Savoie à payer à Monsieur Nicolas la somme de 200 € en application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,
- ORDONNE l'exécution provisoire de la présente décision,
- REJETTE toute demande contraire ou plus ample,
- RAPPELLE qu'il est statué sans frais En application de l'article R.144-10 du code de la sécurité sociale,

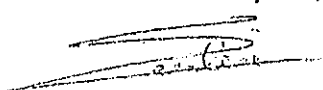
La présente décision peut, à peine de forclusion, être attaquée dans le délai d'un mois de sa notification (article R.142-28 du Code de la Sécurité Sociale). Ce délai est augmenté d'un mois pour les personnes qui demeurent dans un département d'outre-mer ou dans un territoire d'outre-mer et de deux mois pour celles qui demeurent à l'étranger (article 643 du Code de Procédure Civile).

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la Cour d'Appel de Chambéry - Chambre Sociale Palais de Justice 73008 CHAMBÉRY CEDEX.

La déclaration d'appel doit être accompagnée de la copie du jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (article R.142-28 du Code de la Sécurité Sociale modifié). Elle indique les noms, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les nom et adresse des parties contre lesquelles l'appel est dirigé. Elle désigne le jugement dont il a fait appel et mentionne le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant devant la Cour.

En foi de quoi le présent jugement a été prononcé au Palais de Justice d'Annecy, en audience publique du douze septembre deux mille dix-sept, par mise à disposition au Greffe de la juridiction, les parties en ayant été avisées conformément à l'article 450 du Code de Procédure Civile et signé par Madame
Président et Madame secrétaire adjointe.

La Secrétaire adjointe,

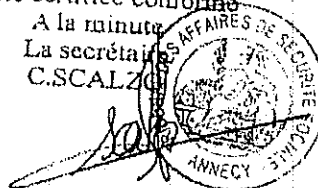


Copie certifiée conforme

A la minute

La secrétaire

C.SCALZC



La Présidente,

