

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Berthoud et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Donoso Moreta

Dans la cause

N._____, à Lausanne, recourant, représenté par le Tuteur Général

et

R._____, à Lausanne, intimée

et dans la cause jointe

N._____, à Lausanne, recourant, représenté par le Tuteur Général

et

H._____, à Lucerne, intimée

**Art. 24 al. 1 LPGA ; 3 al. 1, 7 al. 5 LAMal; 1 al. 2 let. b, 42 aLAMal;
1 al. 1 et 2 let.c OAMal**

E n f a i t :

A. **a)** Le 15 mai 1995, l'Etat de Vaud a passé avec la Fondation pour l'accueil des requérants d'asile (ci-après: la FAREAS) une convention, reconduite le 20 avril 2000, réglant notamment le service de santé infirmier destiné aux requérants d'asile. En outre, il a conclu, le 19 septembre 1996, un contrat d'assurance-maladie «collective» avec la Caisse-maladie et accidents P._____ (devenue R._____ Caisse-maladie le 1^{er} janvier 1998), qui comprenait, en tant que partie intégrante au contrat, un protocole d'organisation du 12 septembre 1996, passé entre le Service de prévoyance et d'aide sociale (ci-après : le SPAS), la FAREAS, la P._____ et X._____ SA. Ce contrat d'assurance-maladie «collective» prévoyait l'affiliation à la P._____ des requérants d'asile et des personnes admises provisoirement. La FAREAS avait notamment pour obligation d'adresser à l'assureur une liste des personnes relevant de sa compétence et d'annoncer la date du départ ou de l'autonomie d'un assuré. Le protocole d'organisation du 12 septembre 1996 disposait notamment que la P._____ résilierait le contrat d'assurance pour la fin du mois au cours duquel un requérant ne serait plus pris en charge par la FAREAS.

A la suite de la dénonciation, pour le 31 décembre 1997, du contrat passé avec la P._____, la FAREAS a conclu avec H._____ (ci-après: la H._____), le 22 janvier 1998, un nouveau contrat, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998, qui avait pour objet l'assurance obligatoire des soins pour l'ensemble des requérants d'asile et des étrangers admis provisoirement, assistés par la FAREAS, à l'exclusion des mineurs non accompagnés relevant du Service de la protection de la jeunesse.

b) N._____, ressortissant bosniaque, né en 1977, est arrivé en Suisse en 1991. Il a bénéficié du statut d'admis provisoire et relevait, à ce titre, de la FAREAS. Il a obtenu, le 21 décembre 1993, une autorisation provisoire collective valable jusqu'au mois d'avril 1996. Cette autorisation a été prolongée par le Conseil fédéral jusqu'au 30 avril 1997, date à

laquelle l'intéressé aurait dû quitter la Suisse. En raison d'infractions commises en 1996, N._____ a été détenu à titre préventif à partir du 5 février 1997, puis dès le 24 juillet 1997. Le 10 mars 1998, il a été condamné par le Tribunal correctionnel du district de Payerne à une peine privative de liberté qui a pris fin le 19 janvier 1999. Cette peine était assortie d'une expulsion du territoire suisse d'une durée de dix ans.

c) Victime d'une agression le 30 juillet 1998, durant l'exécution de sa peine, N._____ a subi une longue hospitalisation en soins aigus dans le quartier carcéral de l'Hôpital cantonal de Genève, suivie d'une réadaptation à l'Hôpital d'Estavayer et d'un hébergement de type C à la G._____, à Lausanne, dès le 12 juillet 1999. Depuis le 5 mars 2001, N._____ séjourne au C._____, à [...]. En raison de l'état de santé de l'intéressé, la mesure d'expulsion prononcée à son endroit n'a pas pu être exécutée.

d) Conformément au contrat liant l'Etat de Vaud à la P._____ (cf. lettre A.a supra), N._____ a été affilié à cette dernière pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Bien qu'il ait perdu la qualité de requérant d'asile dès l'entrée en force de la décision de l'Office des requérants d'asile vaudois, fixant au 20 mai 1997 la date à laquelle son renvoi était techniquement possible, l'intéressé est toutefois resté assuré auprès de la P._____ jusqu'au 31 décembre 1997, par le biais du contrat «collectif». En vertu de la convention liant la FAREAS à la H._____, il a été considéré comme affilié à celle-ci à partir du 1^{er} janvier 1998.

Informée par la FAREAS que N._____ était détenu, la H._____ a radié l'intéressé du cercle des personnes soumises au contrat «collectif» avec effet au 31 mars 1998, sans toutefois maintenir l'affiliation au titre d'assuré individuel.

A la suite de l'agression dont N._____ avait fait l'objet (cf. lettre A.c supra), le Service pénitentiaire vaudois (ci-après: le SPEN) a pris en charge les frais de traitement pour la période du 30 juillet 1998 au 5

septembre 2000, alors même que l'intéressé avait été libéré de sa peine le 19 janvier 1999.

e) Dans un courrier du 27 janvier 1999, la T._____, auprès de laquelle l'Etat de Vaud avait conclu avec une assurance-accidents collective, a répondu ce qui suit à la demande de prestations formulée pour N._____ par le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire :

« Nous nous référons à l'objet cité en marge et plus particulièrement à notre conversation téléphonique du 26 courant.

Comme indiqué lors de cet entretien, nous vous confirmons que la couverture n'est pas acquise à M. N._____ pour ce qui est de la prise en charge des frais médicaux.

En effet, selon la proposition d'assurance du 11.7.1994, que nous vous avons faxée le 25 courant, cette garantie est exclue pour les détenus domiciliés dans le canton de Vaud. La définition de ce que l'on entend par "domicile" est celle donnée par le CCS à ses articles 23 à 26. Vous trouvez ci-joint copie des textes cités.

Par ailleurs, s'agissant d'un demandeur d'asile, l'intéressé est soumis à l'obligation de l'assurance-maladie sociale selon la LAMal (Loi sur l'assurance-maladie). En annexe, nous vous remettons le texte des art. 1, al. c et 7, al. 5 de l'OAMal (Ordonnance sur l'assurance-maladie).

Or, selon l'art. B, al. 5 des CGA (conditions générales régissant le contrat collectif de l'Etat de Vaud), les frais de traitement qui vont à la charge d'une assurance légale ne sont de toute façon pas payés par la T._____.

Par contre, nous interviendrons normalement pour le règlement de l'indemnité journalière assurée de Fr. 60.-. Le moment venu, nous examinerons également si l'assuré a droit à une indemnité d'invalidité en regard de séquelles permanentes qui pourraient subsister des suites de cet événement. »

f) Le 17 février 2000, la H._____ a informé le Service des assurances sociales et de l'hébergement (ci-après: le SASH) qu'elle attendait l'ordre formel de la FAREAS pour réintégrer N._____ parmi ses assurés, avec effet au 1^{er} avril 1998, ce qui impliquerait le paiement rétroactif des primes d'assurance depuis cette date.

Par décision du 6 septembre 2000, entrée en force, l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents du canton de

Vaud (ci-après : l'OCC) a affilié d'office N._____ à la H._____, avec effet au 1^{er} septembre 2000.

B. a) Le 3 septembre 2001, la H._____ a rendu une décision par laquelle elle a constaté que N._____ ne lui était pas affilié durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000.

Saisie d'une opposition formée par l'Office du tuteur général du canton de Vaud (ci-après : l'OTG) pour N._____, la H._____ l'a rejetée par décision sur opposition du 22 novembre 2001.

b) Par ministère de l'OTG, N._____ a recouru contre cette décision sur opposition devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en prenant les conclusions suivantes:

« 1. Le recours est admis en ce qu'il considère M N._____ comme un assuré obligatoire au sens de la LAMal, et cela sans interruption, notamment durant la période du 1.4.1998 au 31.8.2000, durant laquelle il était «radié» de l'effectif de la P._____ - R._____ et de la H._____.

2. Quel est l'assureur-maladie tenu à affiliation de M. N._____, à qui il incomberait de prendre en charge l'ensemble des prestations de soins fournies entre le 1.4.1998 et le 31.8.2000, sous condition de paiement des primes correspondantes. »

c) La R._____ a été appelée en cause par ordonnance du 29 avril 2002. Dans sa réponse du 17 juillet 2002, elle a conclu à ce qu'il soit admis qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge les prestations de soins dispensés à N._____ au cours de la période du 1^{er} avril 1998 au 31 août 2000. Lors de l'audience du Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 1^{er} octobre 2002, la représentante de la R._____ a proposé à titre transactionnel que les frais litigieux, soit quelque 350'000 fr., soient pris en charge conjointement par la H._____, la R._____ et la FAREAS, à raison d'un tiers par chaque institution. Aucune solution transactionnelle n'a toutefois pu être trouvée, la FAREAS et l'Etat de Vaud ayant refusé de participer à une telle transaction.

Le 4 octobre 2004, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rendu un jugement (AM 79/01) dont le dispositif était le suivant:

« I. Le recours est rejeté, en tant qu'il vise à ce que le recourant soit affilié à l'intimée pour la période allant du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000.

II. La décision attaquée est maintenue.

III. Le recourant doit être affilié à l'intimée (recte: la R. _____), à titre individuel, pour la période allant du 1^{er} juin 1997 au 31 août 2000, et il versera les cotisations correspondantes.

IV. R. _____ et l'intimée rembourseront à la FAREAS les primes versées par elle, pour le compte du recourant, respectivement du 1^{er} juin au 31 décembre 1997 et du 1^{er} janvier au 31 mars 1998. »

En bref, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a considéré que, comme le recourant n'avait en 1997 pas été radié du cercle des personnes assurées en vertu de la convention, la FAREAS n'ayant pas rempli son devoir d'information, il aurait dû demeurer affilié à titre individuel auprès de la R. _____; comme jusqu'au 1^{er} septembre 2000, aucun autre assureur-maladie n'avait communiqué à la R. _____ qu'il reprenait la couverture d'assurance obligatoire du recourant, celui-ci avait continué à être assuré à titre individuel auprès de la R. _____.

d) La R. _____ a interjeté un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances contre ce jugement, en concluant à sa réforme en ce sens que N. _____ n'est pas affilié à la R. _____ au-delà du 31 mai 1997, celle-ci n'étant, pour le surplus, pas tenue au remboursement de quelque montant que ce soit en faveur de la FAREAS; subsidiairement, elle demandait le renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour instruction complémentaire et nouveau jugement au sens des motifs.

e) Par arrêt du 2 août 2006 (K 16/05), le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours de R. _____ en ce sens que les chiffres I à IV du dispositif étaient annulés et la cause renvoyée au Tribunal des assurances du canton de Vaud pour nouveau jugement après complément

d'instruction au sens des considérants. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral des assurances a notamment exposé ce qui suit:

« Dans le cas particulier, il n'est pas possible d'envisager sérieusement que N._____ ne serait pas soumis à l'obligation de s'assurer, étant donné que jusqu'à ce jour, l'existence d'un domicile en Suisse ne saurait être niée. Aussi, l'obligation d'allouer des prestations doit-elle incomber ou bien à la R._____ ou bien à H._____. Comme il n'existe pas dans le domaine de l'assurance-maladie une règle correspondant à l'art. 78a LAA – selon lequel l'Office fédéral de la santé publique statue sur les contestations pécuniaires entre assureurs -, cette alternative impose que dans le cas d'un conflit de compétence négatif, on se prononce simultanément au sujet de l'obligation des assureurs-maladie en présence d'allouer des prestations. Cela suppose que chacun des deux assureurs ait statué sur leurs obligations propres » (consid. 3.2).

« H._____ a rendu sa décision le 3 septembre 2001, confirmée sur opposition le 22 novembre suivant. Par ces décisions, elle a constaté que N._____ ne lui était pas affilié durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000 » (consid. 3.2.1).

« En l'espèce, on peut se demander si la décision sur opposition, par laquelle H._____ a constaté que N._____ ne lui était pas affilié durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000, n'est pas en réalité également une décision de refus de prestations pour la période en question. Il incombera à la juridiction cantonale à laquelle la cause est renvoyée aux fins de coordonner ces procédures, d'inviter H._____ à se déterminer sur la portée de sa décision sur opposition du 22 novembre 2001.

Dans le même temps, le tribunal cantonal devra donner l'occasion à N._____, par le biais de l'OTG, et à la FAREAS d'exiger de la R._____ qu'elle rende une décision sur le droit éventuel à prestations et de recourir au besoin contre la décision sur opposition qui nierait ce droit. Après avoir suspendu le procès dirigé contre H._____, la juridiction cantonale devra joindre, cas échéant, cette procédure à celle qui concerne la R._____ et statuer en une fois. Au cas où cette dernière viendrait à refuser de rendre une décision, N._____, soit pour lui l'OTG, et la FAREAS sont rendus attentifs au fait qu'ils pourraient alors se plaindre de ce déni de justice auprès de la juridiction cantonale » (consid. 3.2.1.3).

C. a) Une audience d'instruction a eu lieu le 18 décembre 2006. Les représentants des deux caisses-maladie étant favorables à mettre un terme au litige par voie transactionnelle, le juge instructeur a suspendu la cause jusqu'au 15 mars 2007, afin de permettre à la R._____ et à la H._____ d'entrer en négociations et de tenter de régler ainsi la prise en

charge des frais relatifs aux soins dispensés au recourant entre le 1^{er} avril 1998 et le 31 août 2000.

Le 18 avril 2007, la H. _____ a informé le Tribunal des assurances du canton de Vaud qu'aucun accord n'avait pu intervenir entre les deux caisses sur une prise en charge de tout ou partie des 312'674 fr. 70 allégués par le Service des assurances et de l'hébergement dans son courrier du 1^{er} février 2007. Elle sollicitait ainsi la reprise de l'instance.

Le 18 avril 2007 également, la R. _____ a confirmé qu'aucun accord transactionnel extrajudiciaire n'avait pu intervenir, notamment en raison de l'attitude passive et bornée de l'Etat de Vaud, si bien que le Tribunal des assurances du canton de Vaud pouvait inviter la H. _____ à se déterminer sur la portée de sa décision sur opposition.

b) Le 8 janvier 2008, le juge instructeur du Tribunal des assurances du canton de Vaud, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, plus particulièrement au consid. 3.2.1.3 de cet arrêt (cf. lettre B.e supra), a invité la H. _____ à se déterminer sur la portée de la décision sur opposition qu'elle a rendue le 22 novembre 2001. Par ailleurs, il a prié le recourant ainsi que la FAREAS d'exiger de la R. _____ qu'elle rende une décision sur le droit éventuel aux prestations, afin que la décision sur opposition puisse être éventuellement contestée devant le Tribunal des assurances.

Se déterminant le 13 mars 2008, la H. _____ s'est référée aux faits tels qu'ils avaient été retenus par le Tribunal des assurances du canton de Vaud et par le Tribunal fédéral des assurances, tout en rappelant certains éléments factuels. Elle a exposé que même si son dispositif paraissait en donner le caractère d'une décision constatatoire, sa décision formelle du 3 septembre 2001, confirmée par décision sur opposition du 22 novembre 2001, était manifestement une décision de refus de prise en charge des prestations pour la période litigieuse, soit du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000. Cela étant, elle a conclu à la suspension

de la procédure en tant qu'elle était dirigée contre la H._____ jusqu'à droit connu sur la décision à rendre par la R._____.

c) Le 1^{er} octobre 2008, la R._____ s'est déterminée sur les observations de la H._____ du 13 mars 2008. Elle s'est elle aussi référée aux faits tels qu'ils avaient été retenus par le Tribunal des assurances du canton de Vaud et par le Tribunal fédéral des assurances, tout en rappelant brièvement les principales étapes de la procédure. Cela étant, elle a soutenu que la décision et la décision sur opposition de la H._____ avaient manifestement un caractère constatatoire, le dispositif se prononçant uniquement sur l'affiliation et aucun des considérants ne faisant allusion à de prétendues prestations. A défaut de base légale permettant l'interprétation ou la modification des décisions, la H._____ ne pouvait transformer la nature et les conséquences de ses décisions par le dépôt de simples observations devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. En outre, il ne ressortait pas du dossier que le recourant se fût prévalu ou ait adressé à la H._____ une demande de prise en charge de frais médicaux, sous quelque forme que ce fût. C'était d'ailleurs le SASH (Service des assurances sociales et de l'hébergement) qui avait demandé le 13 novembre 2000 à la H._____ de se déterminer sur la réintégration de N._____ dans l'effectif de ses assurés à compter du 1^{er} janvier 1998. On ne voyait donc pas comment on pourrait aboutir à considérer la décision du 3 septembre 2001 comme un refus de prestations, au sens de l'art. 49 al. 1 LPGa. La R._____ a par conséquent conclu à ce que les observations de la H._____ ainsi que les conclusions prises fussent déclarées irrecevables et la cause renvoyée à la H._____ pour complément d'instruction au sens notamment de l'art. 43 LPGa.

Par courrier du 16 janvier 2009, le recourant, par l'OTG, a déclaré persister dans les conclusions de son recours du 21 décembre 2001. Il a ainsi conclu à ce que le recours fût admis en ce sens que N._____ fût considéré comme un assuré obligatoire au sens de la LAMal et cela sans interruption, notamment durant la période du 1^{er} avril 1998 au 31 août 2000 durant laquelle il était « radié » de l'effectif de la P._____ - R._____ et de la H._____. Il a en outre conclu à ce que le

Tribunal déterminât quel était l'assureur-maladie tenu à l'affiliation de N._____, à qui il incomberait de prendre en charge l'ensemble des prestations de soins fournies entre le 1^{er} avril 1998 et le 31 août 2000, sous condition de paiement des primes correspondantes.

d) Se déterminant le 18 février 2009 sur les observations de la R._____ du 1^{er} octobre 2008, la H._____ a fait valoir qu'en concluant à l'irrecevabilité des déterminations de la H._____ du 13 mars 2008 ainsi que des conclusions prises dans celles-ci, la R._____ déclenchait un incident de procédure à trancher par un jugement incident. Or les conclusions déposées par la H._____ dans ses observations du 13 mars 2008 ne pouvaient être déclarées irrecevables dans la mesure où elles respectaient en tout point le prononcé et la marche à suivre dictée par le Tribunal fédéral des assurances au consid. 3.2.1.3 de son arrêt du 2 août 2006 (cf. lettre B.e supra). La H._____ a par conséquent déclaré maintenir les conclusions qu'elle avait déposées dans ses observations du 13 mars 2008 et a conclu à ce que le Tribunal cantonal, dans un jugement incident, rejetât le moyen incident avec suite de frais et dépens.

e) Le 20 février 2009, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (ci-après : le juge instructeur) - laquelle a succédé au 1^{er} janvier 2009 au Tribunal des assurances - a constaté que le 13 mars 2008, la H._____, conformément à la marche à suivre fixée par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 2 août 2006, s'était déterminée sur la portée de la décision sur opposition qu'elle avait rendue le 22 novembre 2001 en ce sens que cette décision était bel et bien une décision de refus de prise en charge de prestations pour la période litigieuse, soit pour la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000. Le juge instructeur a indiqué aux parties que la contestation soulevée à cet égard par la R._____ dans ses déterminations du 1^{er} octobre 2008, sur lesquelles la H._____ s'était déterminée le 18 février 2009, n'avait pas lieu d'être tranchée par un jugement incident, mais devrait l'être dans la décision finale. Cela étant, conformément aux injonctions du Tribunal fédéral des assurances, le juge instructeur a suspendu d'office la cause dans l'attente de la décision que

la R._____, qui avait été saisie le 10 janvier 2008 par le recourant agissant par l'OTG, devait rendre sur le droit éventuel aux prestations pour la période litigieuse.

D. a) Le 13 juillet 2009, la R._____ a rendu une décision formelle, susceptible d'opposition (art. 49 LPGA), par laquelle elle a refusé de prendre en charge les frais afférents à l'agression subie le 30 juillet 1998 par le recourant. En substance, elle a fait valoir que l'agression dont le recourant avait été victime entrainé dans la catégorie des accidents, de sorte que la prise en charge du cas relevait principalement de l'assurance-accidents pour les détenus, conclue par l'Etat de Vaud, et que, pour ce motif déjà, la R._____ ne pouvait allouer de prestations. En outre, le droit aux prestations appartenait à l'assuré qui était, au regard de l'art. 42 LPGA, le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de soins; or dans le cas présent, malgré la requête expresse de la R._____, le recourant n'avait apporté aucune preuve de paiement et il ressortait au surplus du dossier que le Service pénitentiaire vaudois était le destinataire de la quasi-totalité des factures, de sorte qu'à défaut d'avoir assumé des frais, le recourant ne pouvait prétendre à aucune prise en charge. Enfin, même si par extraordinaire le recourant avait été affilié auprès de la R._____, le droit aux prestations serait largement périmé (cf. art. 24 al. 1 LPGA, qui a codifié la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur et qui prévoit que le droit aux prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due), puisque selon les pièces produites le 7 avril 2009 par le représentant du recourant, la dernière facture datait du 11 janvier 2000.

b) N._____ ayant fait opposition à cette décision le 11 août 2009, la R._____ a rendu le 9 novembre 2009 une décision sur opposition rejetant l'opposition, en exposant ce qui suit:

- L'art. 3 LAMal prévoit que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile

ou sa naissance en Suisse. Selon l'arrêt du 2 août 2006 du Tribunal fédéral des assurances (consid. 3.2), N._____ est soumis à obligation de s'assurer, de sorte que demeure à déterminer l'assureur auprès duquel cette obligation doit être réalisée durant la période litigieuse.

- En vertu de l'art. 4 al. 1 LAMal, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11. Aux termes de l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer et désignent l'autorité chargée d'affilier d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile. L'art. 7 al. 5 LAMal prévoit que l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Il ressort clairement de ces dispositions que les assurés disposent du libre choix de l'assureur auprès duquel s'affilier et que ce n'est que lorsqu'ils ne se soumettent pas à cette obligation que l'affiliation doit avoir lieu d'office. Par ailleurs, l'obligation d'assurance a pour corollaire l'interdiction, pour les assureurs, de s'opposer à l'affiliation d'assurés. Dans le contexte de l'affiliation volontaire, aussi bien la jurisprudence que la doctrine ont admis que celle-ci peut être exercée par un tiers sur la base d'une représentation légale ou contractuelle; il en va d'ailleurs de même pour la résiliation. Enfin, la résiliation tout comme l'affiliation relèvent principalement de la volonté de l'assuré; preuve en est que le respect de la formalité prévue à l'art. 7 al. 5 LAMal n'a aucune influence sur la validité des actes volontaires précités mais uniquement sur la prise d'effet de ceux-ci.

Dans le cas d'espèce, la FAREAS avait pour mission d'assurer les requérants d'asile dont elle avait la charge. C'est dans cette optique que le 1^{er} janvier 1996 est entré en vigueur un contrat d'assurance collective conclu entre l'Etat de Vaud et la Caisse-maladie P._____. Il est donc indéniable que N._____ a été affilié auprès de la P._____ par la FAREAS qui a agi en tant que représentant. N._____ n'a d'ailleurs jamais prétendu le contraire. Le 31 décembre 1997, le contrat précité a été dénoncé et la FAREAS en a conclu un similaire avec la H._____ dont

l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} janvier 1998. Dans ce cas également, il est patent que la résiliation de la couverture d'assurance de N. _____ auprès de P. _____ ainsi que son affiliation à la H. _____ ont eu lieu par le biais de l'institution de la représentation. Force est donc de constater que, pour les démarches administratives liées à l'assurance obligatoire des soins, N. _____ était représenté par la FAREAS, représentation qu'il n'a jamais remise en cause. Le Tuteur général se fourvoie donc lorsqu'il prétend qu'aucun assureur n'a annoncé poursuivre la couverture de Monsieur N. _____ dès le 1^{er} janvier 1998.

A la lumière de ces éléments, il appert d'une part que dès le 1^{er} janvier 1998, N. _____ était, à bon droit, assuré auprès de la H. _____ et que d'autre part, celle-ci n'était pas légitimée à résilier, unilatéralement et de manière rétroactive, cette couverture puisqu'une affiliation ne peut en aucun cas s'achever de par la volonté de l'assureur. En effet, ce n'est que lorsque les exigences légales ne sont plus réunies (art. 5 al. 3 LAMal), ou que l'assuré le requiert, qu'une affiliation prend fin. Or, en l'espèce, ni N. _____ en personne, ni la FAREAS en qualité de représentant, n'ont résilié l'assurance obligatoire des soins auprès de la H. _____. Dans ce contexte également, le Tuteur général commet une grossière méprise lorsqu'il estime que la R. _____ ne peut mettre un terme à la couverture d'assurance de N. _____. En effet, la R. _____ n'a jamais procédé de la sorte mais c'est la H. _____ qui a, unilatéralement, résilié ladite couverture. Il s'ensuit que durant la période litigieuse, N. _____ n'était pas affilié auprès de la R. _____, de sorte que celle-ci ne peut lui allouer de prestations. D'ailleurs, si l'on devait suivre la solution prônée par le Tuteur général, l'on aboutirait à une forme d'affiliation d'office qui ne dépendrait plus des autorités cantonales mais des assureurs, ce qui serait en contradiction crasse avec la liberté instaurée par l'art. 4 LAMal.

- Par surabondance, la R. _____ confirme les motifs, exposés dans sa décision du 13 juillet 2009, qui justifient en tous les cas le refus de prendre en charge les frais médicaux litigieux.

En premier lieu, la R._____ rappelle que c'est une agression, survenue dans une prison vaudoise, qui est à l'origine des frais précités et que dès lors, c'est l'assurance-accidents conclue par l'Etat de Vaud pour les détenus qui doit couvrir, en priorité, les soins médicaux litigieux; à cet égard, il est pour le moins surprenant que N._____ n'a pas fait valoir ses droits à ce titre alors qu'il n'a pas contesté l'existence de cette couverture dans son opposition.

En deuxième lieu, la R._____ rappelle qu'en vertu de l'art. 42 LAMal, l'assuré n'a droit d'être remboursé par son assureur que lorsqu'il est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations; or, dans le cas particulier, il ressort des pièces du dossier que N._____ n'est pas le débiteur de la rémunération envers les différents prestataires de soins puisque non seulement il n'a pas assumé les frais litigieux, mais surtout ils ne lui ont jamais été facturés; en effet, toutes les notes d'honoraires ont été adressées soit au service pénitentiaire vaudois soit à des tiers, de sorte que N._____ ne peut se prévaloir, par l'entremise du Tuteur général, d'un droit au remboursement des coûts consécutifs aux violences subies.

En troisième lieu, la R._____ invoque l'art. 24 al. 1 LPGA, qui prévoit que le droit aux prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due; en effet, si par extraordinaire N._____ avait été affilié auprès de R._____, le délai de péremption précité serait largement atteint, puisque la dernière facture litigieuse date du 11 janvier 2000 et que c'est seulement le 10 janvier 2008 que N._____ a invoqué un droit éventuel aux prestations; c'est à tort que le Tuteur général estime avoir porté à la connaissance de la R._____ les prétentions de N._____ durant la procédure qui l'a opposé à la H._____, puisque l'objet de ladite procédure portait sur l'affiliation de N._____ et qu'en outre, ce n'est que le 7 avril 2009 que les factures ont été transmises à la R._____.

c) N._____, agissant par l'OTG, a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 14 décembre 2009, en concluant à

l'annulation de la décision attaquée. Après avoir rappelé les faits en ce qui concerne sa situation personnelle et la situation sur le plan des assurances, il fait valoir ce qui suit:

- L'art. 3 al. 1 LAMal prévoit que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Selon la jurisprudence, le domicile prévu à l'art. 3 al. 1 LAMal est le domicile de résidence prévu à l'art. 24 al. 2 CC lorsque la personne ne s'est pas constitué de domicile «légal» au sens de l'art. 23 CC; par conséquent, toute personne qui réside sur le territoire suisse, quel que soit son statut, est tenue de s'assurer au sens de l'art. 3 al. 2 LAMal. En l'espèce, N._____, qui résidait sur le territoire suisse et ce d'autant plus durablement qu'il était incarcéré au moment des faits, devait donc être assuré pour les soins en cas de maladie.

- Selon l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus. En l'espèce, le 1^{er} janvier 1998, N._____ a été sorti de l'effectif des assurés de la R._____ pour rejoindre celui de la H._____ qui était devenu l'assureur de la FAREAS. Or le 3 septembre 2001, la H._____ a rendu une décision par laquelle elle a constaté que N._____ n'était pas affilié chez elle durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000. Par cette décision, la H._____ a replacé la situation de N._____ à la période antérieure au 1^{er} janvier 1998, période durant laquelle il était assuré auprès de la R._____. Par conséquent et conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, en se replaçant à la période antérieure au 1^{er} janvier 1998, la R._____ ne pouvait pas désaffilier N._____ sans s'être assurée que sa couverture d'assurance ne sera pas interrompue; or aucun assureur n'a annoncé à la R._____ reprendre cette couverture entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31

août 2000. En vertu de l'art. 7 al. 5, 2^e phrase, LAMal, le nouvel assureur qui omet de communiquer à l'ancien assureur qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en l'espèce, les frais engendrés par l'agression subie par N._____ en date du 30 juillet 1998.

- S'agissant de l'invocation par la R._____ du délai de cinq ans prévu à l'art. 24 al. 1 LPGA, un tel argument est d'une flagrante mauvaise foi. En effet, par ordonnance du 29 avril 2002, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a appelé en cause la R._____, dans le cadre de la procédure opposant N._____ à la H._____, de sorte que la R._____ ne peut déclarer avoir ignoré l'existence des prétentions de l'intéressé avant l'échéance dudit délai de 5 ans. En outre, le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 4 octobre 2004 a prononcé que N._____ devait être affilié à la R._____, à titre individuel, pour la période allant du 1^{er} juin 1997 au 31 août 2000, confirmant par là même que la R._____ connaissait l'existence de cette prétention avant que l'OTG ne la saisisse formellement.

- S'agissant de l'invocation par la R._____ du défaut de qualité pour agir de N._____, au motif qu'il n'est pas le débiteur de la rémunération envers les différents prestataires de soin du fait que les frais litigieux ont été assumés par le SPEN, il sied de préciser que tant l'OTG que le SPEN agissent en tant que représentant de l'Etat de Vaud, qui représente lui-même N._____. En effet, lors de son incarcération, le SPEN a pris en charge ses frais médicaux en tant que tiers garant car telle est la procédure en place; une fois N._____ sorti de détention, il a été pris en charge par l'OTG et l'affaire a naturellement suivi son dossier.

- S'agissant de l'argument de la R._____ selon lequel l'agression de N._____ aurait dû être couverte par l'assurance accident conclue par l'Etat de Vaud pour les détenus, auprès de laquelle N._____ n'aurait pas fait valoir ses droits, un tel argument ne saurait être retenu. En effet, il ressort du courrier du 27 janvier 1999 de la T._____ (contrat collectif de couverture accident des détenus conclu par l'Etat de Vaud)

que cette dernière a refusé de couvrir les frais de traitements de N._____.

d) Dans sa réponse du 25 février 2010, la R._____ conclut avec suite de frais au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 9 novembre 2009 en ce sens que le recourant n'était plus affilié auprès de la R._____ à compter du 1^{er} janvier 1998. En fait, la R._____ estime nécessaire d'apporter les précisions suivantes:

- Il n'est pas contesté que le recourant est resté assuré auprès de la P._____ durant toute l'année 1997 par le biais du contrat collectif, dans la mesure où la FAREAS n'a pas, en violation de ses obligations contractuelles, informé cette dernière du fait que le recourant avait perdu son statut de requérant d'asile à compter du mois de mai 1997 et où la P._____ n'avait pas d'autres moyens de connaître cet état de fait.

- Concernant le passage du contrat collectif de la P._____ à la H._____ à compter du 1^{er} janvier 1998, la volonté de la FAREAS et de la H._____ était que cette dernière reprenne le cercle d'assurés concernés par la convention administrative signée antérieurement entre la FAREAS et la P._____. D'un point de vue pratique, le transfert a été consacré par la transmission à la H._____ d'une liste nominative des assurés permettant de délimiter exactement les personnes concernées par le transfert, parmi lesquelles figurait le recourant.

- Compte tenu de la résiliation de la convention collective conclue auprès de la P._____ et de l'affiliation du même cercle d'assurés auprès de la H._____ à compter du 1^{er} janvier 1998, il n'est ainsi pas contesté que le recourant a passé dans l'assurance obligatoire des soins de la H._____ à partir de cette date, ce qui a d'ailleurs été reconnu par cette dernière (point 2.15.3 de la décision sur opposition du 22 novembre 2001, point 3.15.3 de la réponse au recours du 15 avril 2002, point 11.4 des observations du 13 mars 2008), par le Tribunal cantonal (arrêt du 4 octobre 2004, AM 79/01 - 100/2004, c. C) et par le Tribunal fédéral (arrêt du 2 août 2006, K 16/05, c. Ab).

- Après avoir appris la détention du recourant à partir du 10 mars 1998, la H._____ a considéré qu'il ne faisait plus partie de ses assurés avec effet au 31 mars 1998 (point 2.15.4 de la décision sur opposition du 22 novembre 2001, point 3.15.4 de la réponse au recours du 15 avril 2002, point 11.6 des observations du 13 mars 2008). Ce n'est que par la suite, soit en particulier au moyen de la décision formelle du 3 septembre 2001 confirmée par décision sur opposition du 22 novembre 2001, que la H._____ est revenue sur sa position et a affirmé que le recourant n'était pas affilié auprès d'elle durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000, date de son affiliation d'office décidée par l'organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie du canton de Vaud.

En droit, la R._____ fait valoir en substance ce qui suit:

- Le recourant a bénéficié d'un statut d'admis provisoire l'autorisant à séjourner sur le territoire suisse à compter du 21 décembre 1993. Il a donc été soumis à l'obligation d'assurance conformément à la LAMal en vertu de l'art. 2 let. c OAMal, et ce jusqu'à la fin de la durée de l'autorisation, le 30 avril 1997. Durant cette période, il a été affilié à un assureur-maladie suisse par l'intermédiaire de la FAREAS, fondation pour l'accueil et l'hébergement des requérants d'asile dont il dépendait. Au terme de l'autorisation provisoire de séjour, soit le 30 avril 1997, le recourant ne disposait plus de titre de séjour valable et aurait dû quitter la Suisse. Ne l'ayant pas fait, il est toutefois resté soumis à l'obligation d'assurance conformément à la LAMal, dans la mesure où un domicile fictif en Suisse au sens de l'art. 24 al. 2 CC pouvait être admis. Compte tenu de cet élément, l'obligation d'assurance a perduré au-delà de la perte du statut d'admis provisoire, et ce jusqu'à ce jour.

Si la question de l'affiliation du recourant à l'assurance-maladie sociale a été résolue à compter du 1^{er} septembre 2000, par une décision de l'organe cantonal de contrôle, demeure celle de son appartenance à une caisse-maladie du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000, étant entendu que la R._____ ne conteste pas que le recourant a été

assuré auprès d'elle (soit, à l'époque, auprès de la P._____) jusqu'au 31 décembre 1997, en vertu du contrat collectif signé avec la FAREAS. Cela étant, il convient d'examiner le mécanisme qui a abouti au changement d'assureur à partir du 1^{er} janvier 1998, lequel est admis, dans son principe, par tous les intervenants à la procédure AM 58/06.

- De manière générale, la loi fédérale sur l'assurance-maladie est fondée sur le principe de l'affiliation individuelle et volontaire, du libre choix de l'assureur et de la couverture continue. Ainsi, si l'assuré choisit librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 de la loi (art. 4 al. 1 LAMal), lesquels sont tenus d'accepter toute personne obligatoirement assurée (al. 2), l'affiliation auprès d'un assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à l'ancien qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal). S'agissant plus précisément du mécanisme d'affiliation auprès d'un assureur, une simple demande informelle suffit à fonder un rapport d'assurance. De même, il est unanimement admis que la résiliation d'une couverture et l'annonce à un nouvel assureur sont des actes certes de nature personnelle, mais qui peuvent être accomplis par un tiers, en vertu d'un rapport de représentation légal ou contractuel. Toutefois, dans l'hypothèse où plusieurs personnes changent d'assureur sur la base de la manifestation de volonté d'une seule et même entité, il est clair que le mécanisme repose, pour chaque assuré, sur un rapport de représentation individuel avec ladite entité (ATF 132 V 166).

- Dans le cas d'espèce, le recourant, en tant que bénéficiaire d'une admission provisoire de séjour au sens de l'art. 14a LSEE, a été représenté par la FAREAS afin de procéder à son affiliation à un assureur-maladie, ceci à tout le moins à compter du 1^{er} janvier 1996. Il a ainsi bénéficié, de par le rapport de représentation, d'une couverture d'assurance-maladie auprès de l'intimée à compter de cette date, en vertu du contrat collectif conclu entre cette dernière et la FAREAS. Lors de la perte de son statut d'admis provisoire, en mai 1997, le recourant aurait théoriquement pu mettre fin au rapport de représentation qui le liait à la FAREAS s'agissant de son affiliation à un assureur-maladie. Il ne l'a

toutefois pas fait, puisque l'intimée n'a aucunement été informée du changement de son statut, ni par le recourant, ni par son représentant. Par conséquent, le rapport de représentation existant entre le recourant et la FAREAS a perduré au-delà de ce qu'exigeait la législation en matière de protection des requérants d'asile, sur une base volontaire. Ainsi, conformément à l'art. 34 al. 3 CO, la P._____ / R._____ pouvait valablement considérer que le recourant était toujours concerné par les démarches effectuées par la FAREAS à la fin de l'année 1997, quand bien même il ne faisait plus partie du cercle formel des assurés concernés par la convention de collaboration administrative.

- Partant, lorsque la FAREAS a résilié le contrat de collaboration qui la liait à la P._____ pour le 31 décembre 1997, le recourant a bénéficié de la résiliation de la couverture, par le biais du rapport de représentation, ainsi que de la conclusion de la nouvelle couverture sans interruption, à compter du 1^{er} janvier 1998, auprès de la H._____. Cette dernière n'a d'ailleurs pas nié avoir admis le recourant au sein du cercle de ses assurés, à compter du 1^{er} janvier 1998, compte tenu de la convention nouvellement conclue avec la FAREAS. Ce n'est qu'ultérieurement qu'elle a contesté cet état de fait, faisant valoir que le recourant ne faisait plus partie, au moment du transfert, du cercle des assurés concernés. Or, cet argument ne résiste pas à un examen approfondi. En effet, dans la mesure où le rapport de représentation individuel entre le recourant et la FAREAS a persisté au-delà de la perte du statut d'admis provisoire, il est clair que le premier a bénéficié du passage auprès de la H._____ à compter du 1^{er} janvier 1998, indépendamment du fait qu'il n'appartenait plus formellement au cercle des assurés concernés par l'accord de collaboration administratif. Pour le surplus, la FAREAS n'ayant pas non plus été informée d'une hypothétique volonté du recourant de gérer désormais seul son affiliation à un assureur-maladie, elle a valablement continué à l'engager par ses actes, conformément à l'art. 37 al. 1 CO. Que le contrat collectif ait dû se limiter aux personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour, et donc qu'il ne se soit pas appliqué, en tant que tel, au recourant, n'y change rien, le passage au sein

de la H._____ ayant précisément eu lieu en vertu d'un rapport de représentation individuel.

Ainsi, le recourant était affilié auprès de la H._____ à compter du 1^{er} janvier 1998, non pas en vertu du contrat collectif signé avec la FAREAS, mais sur une base individuelle, en vertu d'un rapport de représentation qu'il a conservé avec la FAREAS au-delà de la fin du rapport fondé sur la législation sur les étrangers.

- La H._____ a souhaité dans un premier temps mettre fin à la couverture, de manière unilatérale, à compter du 31 mars 1998 seulement, compte tenu de l'incarcération du recourant. Ce n'est que par décision du 3 septembre 2001, soit plus de trois ans après les faits, qu'elle est revenue sur sa position en affirmant que le recourant n'était pas affilié auprès d'elle pour la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000. Un tel comportement de la H._____ est clairement contraire aux principes ancrés dans la LAMal, à savoir que seul l'assuré peut mettre un terme à la couverture d'assurance auprès d'une caisse-maladie (art. 7 al. 1 LAMal a contrario) et que l'assureur est tenu d'accepter toute personne obligatoirement assujettie (art. 4 al. 2 LAMal). Ainsi, force est de constater qu'en vertu d'un rapport de représentation non révoqué entre le recourant et la FAREAS, le premier a été valablement affilié auprès de la H._____ à compter du 1^{er} janvier 1998. Partant, la H._____ ne pouvait pas, unilatéralement et trois ans après les faits, constater dans une décision formelle la non-affiliation du recourant, en contradiction flagrante avec les principes généraux sur lesquels repose l'assurance-maladie obligatoire.

Pour ce motif déjà, la décision sur opposition de la R._____ du 9 novembre 2009 doit être confirmée, en ce sens que le recourant n'était plus affilié auprès d'elle à compter du 31 décembre 1997 et que, par conséquent, elle n'a pas à assumer des frais de traitement relatifs à des périodes postérieures à cette date.

- Par surabondance de moyens, la R._____ fait valoir que selon l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, dans sa teneur en vigueur en 1997 et 1998

(actuel art. 1a LAMal), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. Selon la doctrine, l'assurance-accidents au sens de cette disposition peut être tant une assurance obligatoire conclue en vertu de la LAA qu'une assurance privée. Si l'assureur privé concerné conteste le droit aux prestations, l'assuré doit au besoin faire valoir sa prétention en justice, l'assureur-maladie étant alors libre de fournir volontairement ses prestations, en contrepartie de la cession de la prétention à l'égard de l'assureur tiers. Il convient donc de déterminer s'il existait, dans le cas d'espèce, une assurance-accidents susceptible d'intervenir de manière prioritaire à la suite de l'agression du recourant du 30 juillet 1998, de sorte que la responsabilité subsidiaire de la caisse-maladie en devienne inutile.

Selon l'art. 112 de la loi vaudoise du 18 septembre 1973 sur l'exécution des condamnations pénales et de la détention préventive, en vigueur au moment des faits déterminants, lorsqu'un détenu ou un interné est victime d'un accident au cours de sa détention dans un établissement vaudois, et que la responsabilité de l'Etat est engagée de ce chef, le dommage est réparé conformément à la loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents. Pour les accidents survenus dans les mêmes circonstances, mais sans que sa responsabilité soit engagée, l'Etat conclut une assurance-accidents, dont l'étendue et les modalités sont réglées par voie d'arrêté. Conformément à cette disposition, un arrêté du 6 juin 1967 sur l'assurance accidents des détenus et internés a été édicté par le Conseil d'Etat du canton de Vaud. Selon ce texte, sont notamment assurés tous les détenus, internés ou internés volontaires placés dans les établissements de détention ou d'internement cantonaux vaudois, parmi lesquels figurent notamment les Etablissements de la plaine de l'Orbe (art. 1 de l'arrêté). L'assurance couvre tous les accidents subis par l'assuré dès son admission dans l'un des établissements mentionnés à l'article premier et jusqu'à sa libération (art. 2), et notamment le dommage subi à la suite de rixe entre les assurés ou entre le personnel de l'établissement et les assurés (art. 4). Selon l'art. 7 de l'arrêté, les frais de traitement sont couverts, sans limitation de montant, dès la libération de l'assuré, au

maximum pendant deux ans et pour autant que l'accident ait eu lieu dans les cinq ans précédant la libération. Pour le surplus, les conditions générales et spéciales de l'assurance conclue par l'Etat de Vaud sont applicables.

Une simple correspondance de refus de l'assureur privé avec lequel l'Etat avait vraisemblablement conclu une assurance-accidents (pièce 6 du bordereau du recourant) n'est pas suffisante pour exclure toute intervention d'un tiers. En effet, non seulement le recourant s'est abstenu de produire les conditions d'assurance pertinentes pour vérifier le bien-fondé du refus, mais en plus, il lui appartenait, respectivement à l'établissement pénitentiaire, d'investiguer davantage sur les motifs de celui-ci. Ainsi, si des prestations auraient pu être invoquées à juste titre en justice et qu'elles soient maintenant prescrites en raison de l'inaction du recourant, respectivement de ses représentants, il n'incombe pas à la R. _____ d'en assumer la responsabilité, compte tenu de la doctrine qui impose à l'assuré de prendre toutes les mesures possibles pour sauvegarder ses droits à l'égard d'un assureur-accidents avant de se prévaloir de la couverture subsidiaire de l'assurance obligatoire des soins. Quant au fond, le refus d'intervenir de l'assureur-accidents privé paraît d'autant plus contestable qu'il va à l'encontre de la prise en charge prévue expressément dans l'arrêté cantonal. En effet, celui-ci impose au minimum la prise en charge des frais de traitement, sans limitation de montant, dès la libération de l'assuré, au maximum pendant deux ans et pour autant que l'accident ait eu lieu dans les cinq ans précédant la libération. Or, dans le cas d'espèce, le recourant a été définitivement libéré le 19 janvier 1999, tandis que l'accident à l'origine des frais médicaux est survenu le 30 juillet 1998, soit dans les cinq années précédentes. Dès lors, et indépendamment des conditions d'assurance qui régissaient le contrat, il est clair que les frais médicaux encourus après le 19 janvier 1999 auraient dû être assumés par l'assureur-accidents auprès duquel l'Etat de Vaud avait conclu une police d'assurance.

Quant à la qualité pour demander le remboursement des frais, la R. _____ fait valoir que la loi sur l'assurance-maladie sociale distingue

deux systèmes de prise en charge, à l'exception de tout autre: le système du tiers garant, dans lequel l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur et a ensuite un droit à être remboursé par son assureur, conformément aux dispositions légales et tarifs en vigueur, et le système du tiers payant, où l'assureur et le fournisseur de soins ont convenu que le premier était le débiteur de la rémunération à la place de l'assuré (art. 42 LAMal). La loi ne prévoyant pas d'autre système, dans lequel interviendrait encore un tiers, à titre de débiteur de la rémunération envers le fournisseur ou à titre de créancier envers l'assureur, seul l'assuré - respectivement le fournisseur, lorsqu'une convention de tiers payant a été conclue - peut se prévaloir d'un droit au remboursement des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale. Or, en l'espèce, ni les fournisseurs, ni le recourant n'ont fait valoir de droit au remboursement pour des prestations qu'ils auraient effectuées, respectivement pour des montants qu'il aurait déboursés pour se faire soigner; au contraire, les factures litigieuses n'ont jamais été adressées au recourant, qui n'a pas qualité pour demander le remboursement de frais qu'il n'a jamais eu à assumer. S'agissant de la relation que le recourant entretenait avec le service pénitentiaire, lequel a payé les factures, il n'a jamais été établi que le second a remboursé les fournisseurs de soins en application d'un quelconque rapport de représentation ou en vertu d'une reprise de dette. Par ailleurs, ledit service n'a pas fait valoir directement, ni par l'intermédiaire d'un mandataire, un éventuel droit à remboursement.

- Par surabondance, la R. _____ invoque encore un autre obstacle au remboursement des factures litigieuses, à savoir la péremption du droit aux prestations. Avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la péremption du droit aux prestations n'était pas réglée expressément dans la loi mais faisait l'objet d'une doctrine unanime, selon laquelle le délai de péremption de cinq ans de l'art. 46 al. 1 LAVS était applicable par analogie. Par conséquent, le droit aux prestations se périmait, avant l'entrée en vigueur de la LPGA, de la même manière qu'après son application, à savoir par cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due, soit, en matière de prestations

relatives à l'assurance-maladie sociale, par cinq ans à compter de la date de traitement.

En matière de droit public, le délai de péremption est sauvegardé lorsque le créancier s'adresse, durant le laps de temps déterminant, au débiteur de manière adaptée pour faire valoir son droit (ATF 133 V 579). Or en l'espèce, le recourant n'a pas manifesté à l'égard de la R. _____ de volonté de voir certaines factures remboursées conformément à la LAMal avant le 10 janvier 2008, date à laquelle il a requis de cette dernière qu'elle rende une décision sur le droit aux prestations. Dès lors que les factures litigieuses se rapportent à des traitements qui ont été dispensés durant les années 1998 et 1999 - la dernière facture dont il est demandé le remboursement ayant trait aux frais de pension à la G. _____ pour le mois de novembre 1999 -, force est de constater que le délai de péremption du droit aux prestations était largement dépassé lorsque le recourant s'est adressé pour la première fois de manière appropriée à la R. _____ pour le faire valoir.

C'est à tort que le recourant affirme, dans son mémoire de recours, que le délai de péremption aurait été valablement sauvegardé par l'appel en cause de la R. _____ dans la procédure alors pendante à l'encontre de la H. _____. En effet, ni l'appel en cause de la R. _____ dans une procédure pendante avec un autre assureur, ni le jugement cantonal, par ailleurs annulé sur ce point ultérieurement, constatant l'affiliation du recourant auprès d'elle pour la période litigieuse, ne constituent des manifestations de volonté émanant du créancier ni ne mentionnent d'ailleurs de manière appropriée, soit en termes précis et détaillés, les prétentions éventuelles du recourant à l'égard de la R. _____. Par conséquent, le premier acte susceptible d'avoir sauvegardé le délai de péremption est bien celui du 10 janvier 2008; dans la mesure où il est intervenu près de dix ans après la naissance du droit aux prestations, force est d'admettre qu'il n'a pas été effectué à temps, de sorte que le recours doit être rejeté pour ce motif également.

e) Le 4 mars 2010, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AM 58/06 et AM 75/09 et a invité le recourant ainsi que la H._____ à fournir le cas échéant leurs explications complémentaires ensuite du dépôt de la réponse de la R._____.

f) Invité à présenter ses observations ensuite du dépôt de la réponse de la R._____, le recourant expose tout d'abord dans ses contre-observations du 19 avril 2010, concernant la question de la subsidiarité d'une prise en charge par l'Etat, un assureur privé ou un assureur LAA soulevée par la R._____ dans sa réponse, que le règlement du 20 janvier 1982 des Etablissements de la plaine de l'Orbe (R-EPO), applicable au moment des faits, disposait à son article 278 al. 2 que les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation des détenus assujettis à l'assurance obligatoire des soins étaient pris en charge par les caisses maladie. Cela étant, la couverture selon la LAMal prime une éventuelle couverture d'assurance privée lorsque celle-ci est refusée comme ce fut le cas pour la couverture accident. S'agissant ensuite de la qualité pour demander le remboursement des frais, le recourant estime que les arguments avancés par la R._____ sont irrelevants; en effet, s'il est établi qu'un assureur LAMal (la R._____ ou la H._____) a bien affilié le recourant, alors il lui appartient de prendre en charge les prestations, en majorité en tiers-payant, aux HUG, au CHUV et à l'Hôpital de la Broye. Le recourant observe à cet égard que lorsque le SPEN a pris en charge temporairement ces prestations, il l'a fait en vertu de la procédure alors en place, et non en application de la loi sur la responsabilité de l'Etat comme le prétend la R._____. En effet, afin d'assurer un remboursement dans un délai raisonnable des prestataires de soin, le SPEN joue le rôle de tiers garant en lieu et place de la personne détenue lorsque le remboursement par l'assurance de base est litigieux ou prend trop de temps. Le recourant relève que ce système n'a jamais été contesté par aucune compagnie d'assurance à ce jour et que la R._____ dans le cas d'autres contrats de personnes détenues a toujours accepté de rembourser les frais avancés par le SPEN pour rembourser les prestataires médicaux. Enfin, s'agissant du comportement de la H._____, le recourant souligne que selon l'art. 7 al. 5 LAMal, l'affiliation auprès de

l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Or en annulant rétroactivement la couverture de l'assurance obligatoire des soins du recourant du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000 par décision du 3 septembre 2001, et sans veiller à ce qu'il n'y ait pas de lacune d'assurance de ce fait, la H. _____ n'a pas respecté l'un des principes phares de la LAMal qui est l'affiliation obligatoire à l'assurance de toute personne domiciliée en Suisse. Concrètement, si l'on pouvait admettre que la H. _____ retire le recourant de son effectif d'assuré en contrat collectif, il lui appartenait à tout le moins de l'affilier en assurance individuelle. Dès lors que le Tribunal fédéral a reconnu que le recourant était soumis à l'obligation d'assurance pour la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000, reste à déterminer quel est l'assureur tenu d'affilier. Le recourant maintient ainsi les conclusions déposées dans son recours du 14 décembre 2009 à l'encontre de la décision de la R. _____ du 9 novembre 2009; à titre subsidiaire, il requiert du Tribunal cantonal qu'il statue sur la question de savoir à quelle compagnie d'assurance le recourant était affilié durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000.

g) Egalement invitée à présenter ses observations éventuelles ensuite du dépôt de la réponse de la R. _____, la H. _____ n'a pas fait usage de cette possibilité.

h) Le 23 avril 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'à défaut d'observations ou de réquisitions complémentaires présentées par l'une ou l'autre des parties dans un délai fixé au 17 mai 2010, la cause serait gardée à juger et un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais possibles au regard de la complexité de l'affaire.

Se déterminant le 14 juin 2010 sur les contre-observations du recourant du 19 avril 2010, la R. _____ indique que le recourant ne saurait tirer aucun avantage de l'art. 275 (et non 278) du règlement des Etablissements de la plaine de l'Orbe du 20 janvier 1982, puisque l'arrêté sur l'assurance accident des détenus et internés dont s'est prévalu la R. _____ dans sa réponse du 25 février 2010, constitue indubitablement

une lex specialis à laquelle la disposition du règlement doit céder le pas. Au demeurant, l'art. 275 se limite à distinguer la prise en charge des frais médicaux selon l'assujettissement ou non des détenus à l'assurance-maladie obligatoire, question qui n'est pas litigieuse en l'espèce. En revanche, cet article ne règle pas la couverture de frais en fonction de l'origine malade ou accidentelle de l'affection.

Quant à l'art. 76 du règlement sur le statut des condamnés exécutant une peine privative de liberté et les régimes de détention applicables du 24 janvier 2007, également invoqué par le recourant, la R. _____ relève que l'art. 78 de ce même règlement prévoit que les condamnés sont couverts contre les accidents et qu'il appartient au Service pénitentiaire de conclure une police d'assurance. De plus, ce règlement n'est pas applicable au cas d'espèce puisque les faits litigieux se sont déroulés plusieurs années avant l'entrée en vigueur du règlement précité.

La R. _____ relève par ailleurs que le recourant n'est toujours pas en mesure d'établir que les frais litigieux ont effectivement été payés ni, le cas échéant, qui les a assumés. De plus, lorsque le recourant prétend que les prestations ont été, en majorité, facturées en tiers payant, force est d'admettre qu'il se fourvoie puisque, comme déjà relevé, aucune des factures n'a été adressée à un assureur-maladie, au sens de l'art. 42 LAMal. La R. _____ confirme dès lors l'absence de légitimité du recourant pour demander le remboursement tout comme la prise en charge de ces frais par le service pénitentiaire, en vertu de l'art. 112 de la loi vaudoise du 18 septembre 1973 sur l'exécution des condamnations pénales et de la détention préventive. Elle relève que si le recourant affirme que ce service précité a pris en charge, à titre provisoire, les prestations en vertu d'une procédure alors en place, il n'a pas apporté le moindre élément de preuve pour étayer ses dires.

Constatant enfin que le recourant ne conteste pas l'argument afférent à la péremption du droit aux prestations, la R. _____ confirme les conclusions prises dans sa précédente écriture.

i) Dans le délai prolongé qui lui a été imparti pour présenter ses ultimes observations, la H._____ récapitule l'ensemble des faits par mémoire du 14 juillet 2010 et conclut avec suite de frais et dépens au rejet du recours déposé le 21 décembre 2001 par l'Office du tuteur général au nom du recourant. La H._____ fait siens les considérants 4 à 6 du jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 4 octobre 2004 (cf. lettre B.c supra) et se détermine comme suit sur les arguments de la R._____ :

- S'agissant de l'affiliation du recourant entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 août 2000, la H._____ conteste l'argumentation de la R._____ qui soutient en résumé que le recourant aurait été représenté sur une base volontaire par la FAREAS dans la mesure où cette dernière n'avait pas informé à temps la P._____ de la perte du statut d'admis provisoire en mai 1997 de cet assuré, et que, puisque la FAREAS a résilié le contrat collectif de la P._____, le recourant était représenté volontaire, que son assurance de base avait également été résiliée auprès de la P._____ et qu'il avait passé dans l'effectif des assurés de la H._____.

La H._____ estime que vu que le recourant ne disposait plus du statut d'admis provisoire, il ne pouvait de iure plus être représenté par la FAREAS. Au surplus, dans la mesure où il exécutait une peine de prison, il devait logiquement être placé sous l'autorité de l'Office d'exécution des peines. Dans ce cadre, c'est l'établissement pénitentiaire dans lequel il exécutait sa peine qui aurait dû veiller à ce que les conditions d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins soient remplies, conformément aux dispositions du règlement sur le statut des condamnés exécutant une peine privative de liberté et les régimes de détention applicables en vigueur à cette époque (cf. art. 76 al. 1 aRSC ; RSV 340.01.1). Dès lors, la FAREAS ne pouvait juridiquement plus représenter le recourant au moment où elle a résilié le contrat collectif qui la liait à la P._____. L'argumentation de la R._____ tendant à démontrer que le recourant

aurait passé dans l'effectif des assurés de la H._____ n'est donc pas pertinente et ne saurait être retenue.

Si, au début de l'année 1997, le recourant était sans conteste assuré dans l'assurance obligatoire des soins auprès de la P._____ par le biais du contrat collectif conclu par la FAREAS, il a toutefois perdu son statut d'étranger admis provisoirement dès le moment où il a été à la fois détenu (à titre préventif déjà) et objet d'une mesure de renvoi exécutoire et techniquement possible, soit dès le 20 mai 1997 déjà. Ainsi, dès le 20 mai 1997 déjà, il a cessé de faire partie du cercle des personnes assurées par le contrat collectif liant la P._____ à la FAREAS. Si cette dernière avait usé de toute la diligence requise par la situation du recourant, elle aurait dû aviser immédiatement la P._____ qui aurait dû l'admettre dans l'assurance individuelle. C'est ainsi que le recourant n'aurait jamais dû continuer à figurer dans le cercle des assurés du contrat collectif conclu par la P._____ avec la FAREAS après le 20 mai 1997 et il n'aurait jamais dû passer dans l'effectif des assurés repris par la H._____ au janvier 1998.

Enfin, la H._____ soutient qu'on ne peut lui reprocher de n'avoir pas usé de toute la diligence requise, car elle a aussitôt désaffilié le recourant le 31 mars 1998, soit quatre mois avant l'agression dont il a été victime le 30 juillet 1998, une fois qu'elle a appris que celui-ci ne disposait plus du statut d'admis provisoire sur le territoire suisse.

- S'agissant de la compétence d'une tierce assurance couvrant le risque accident, la H._____ déclare partager le point de vue de la R._____ quant à l'existence d'une couverture du sinistre subi par la recourant par un assureur LAA, voire par le canton de Vaud. Elle se rallie ainsi aux considérations de la R._____ quant à la prise en charge de ce sinistre par un assureur-accidents.

- S'agissant de la péremption soulevée par la R._____, la H._____ fait valoir que celle-ci a été appelée en cause dans la présente procédure en date du 21 décembre 2001 déjà, soit moins de 5 ans avant

l'expiration du délai de péremption. Venir aujourd'hui se retrancher derrière cette institution et prétendre que les prétentions sont périmées alors que la R. _____ a été depuis lors toujours partie à la procédure serait constitutif d'abus de droit et ne saurait être protégé par la loi.

- Quant aux remarques relatives à l'absence de qualité pour agir du recourant ainsi qu'à la déduction à opérer sur les prestations payées par l'Etat de Vaud, la H. _____ se rallie également aux considérations de la R. _____ et s'en remet à dire de justice.

j) Se déterminant le 2 septembre 2010 sur les observations de la H. _____ et de la R. _____, le recourant maintient ses conclusions.

Il fait valoir que contrairement à l'avis de la H. _____ qui estime qu'on ne peut lui reprocher de n'avoir pas usé de toute la diligence requise dès lors qu'elle « a aussitôt désaffilié M. N. _____ le 31 mars 1998, soit quatre mois avant l'agression dont il a été victime le 30 juillet 1998, une fois qu'elle a appris que celui-ci ne disposait plus du statut d'admis provisoire sur le territoire suisse », on peut au contraire reprocher à la H. _____ de n'avoir pas veillé à ce qu'il n'y ait pas de lacune d'assurance et de ce fait, de n'avoir pas respecté l'un des objectifs de la LAMal (affiliation obligatoire de toute personne domiciliée en Suisse). En désaffiliant le recourant au 31 mars 1998 sans veiller à ce qu'il soit affilié à un autre assureur, la H. _____ a commis une négligence au sens de l'art. 93a LAMal. En effet, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 3 al. 1 LAMal), ce qui n'était en l'espèce pas le cas. L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal). Or l'espèce (mais il faut concéder que l'on n'est pas dans le cadre classique d'un changement d'assureur), la H. _____ n'a ni procédé à cette vérification, ni même averti l'autorité

compétente en matière d'affiliation d'office avant février 2000. Enfin, concernant le droit aux prestations, le recourant souligne que le Tribunal fédéral des assurances, au consid. 3.2 de son arrêt du 26 août 2006 (cf. lettre B.e supra), a clairement admis que l'obligation d'allouer des prestations devait incomber soit à la R._____ soit à la H._____.

k) Le 8 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les meilleurs délais possibles au regard de la complexité de l'affaire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer sur les recours interjetés par N._____ tant contre la décision sur opposition rendue le 22 novembre 2001 par la H._____ (cf. déjà le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 4 octobre 2004) que contre la décision sur opposition rendue le 9 novembre 2009 par la R._____.

La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Il convient d'abord d'examiner à quelle caisse-maladie le recourant était affilié pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal pendant la période du 30 juillet 1998 au 5 septembre 2000, pendant laquelle les frais des traitements prodigués ensuite de l'agression dont il a été victime le 30 juillet 1998 ont été pris en charge par le SPEN (cf. lettre A.d supra).

a) Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Selon l'art. 4 al. 1 et 2 LAMal, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 LAMal ; les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer. Selon l'art. 6 al. 1 et 2 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer ; l'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile.

La notion de domicile contenue à l'art. 3 al. 1 LAMal renvoie aux art. 23 à 26 du Code civil suisse (art. 1 al. 1 OAMal). Sont en outre tenus de s'assurer les ressortissants étrangers qui disposent d'un titre de séjour, conformément à l'art. 1 al. 2 OAMal, de même les requérants d'asile et les personnes admises provisoirement, ainsi que celles qui séjournent sur le territoire suisse avec l'intention de s'y établir, bien qu'elles ne soient pas ou plus titulaires d'une autorisation de droit public (ATF 129 V 77). En l'espèce, le recourant a bénéficié d'un statut d'admis provisoire l'autorisant à séjourner sur le territoire suisse à compter du 21 décembre 1993. Il a donc été soumis à l'obligation d'assurance

conformément à la LAMal, et ce jusqu'à la fin de la durée de l'autorisation, le 30 avril 1997. Au terme de l'autorisation provisoire de séjour, soit le 30 avril 1997, le recourant ne disposait plus de titre de séjour valable et aurait dû quitter la Suisse. Ne l'ayant pas fait, il est toutefois resté soumis à l'obligation d'assurance conformément à la LAMal, dans la mesure où un domicile fictif en Suisse au sens de l'art. 24 al. 2 CC devait être admis. La mesure d'expulsion prononcée à son endroit le 10 mars 1998 n'ayant pas pu être exécutée au terme de l'exécution de la peine privative de liberté en raison de son état de santé, l'obligation d'assurance a perduré au-delà de la perte du statut d'admis provisoire et ce jusqu'à ce jour, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a admis au consid. 3.2 de son arrêt du 2 août 2006.

b) Conformément au contrat d'assurance-maladie «collective» conclu par l'Etat de Vaud avec la P._____ (devenue R._____ le 1^{er} janvier 1998), qui prévoyait l'affiliation à la P._____ des requérants d'asile et des personnes admises provisoirement, sur la base des listes des personnes relevant de sa compétence dressées par la FAREAS, le recourant a été affilié à la P._____ pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Bien qu'il ait perdu la qualité de requérant d'asile dès l'entrée en force de la décision de l'Office des requérants d'asile vaudois, fixant au 20 mai 1997 la date à laquelle son renvoi était techniquement possible, le recourant est toutefois resté assuré auprès de la P._____ jusqu'au 31 décembre 1997, par le biais du contrat «collectif» (cf. lettre A.d supra), ce qui n'est pas contesté (cf. lettre D.d supra).

A la suite de la dénonciation, pour le 31 décembre 1997, du contrat passé avec la P._____, la FAREAS a conclu avec la H._____ un nouveau contrat, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1998, qui avait pour objet l'assurance obligatoire des soins pour l'ensemble des requérants d'asile et des étrangers admis provisoirement, assistés par la FAREAS, à l'exclusion des mineurs non accompagnés relevant du Service de la protection de la jeunesse. En vertu de cette convention, le recourant a été considéré comme affilié à la H._____ à partir du 1^{er} janvier 1998. Informée par la FAREAS que le recourant était détenu, la H._____ l'a radié du cercle des

personnes soumises au contrat «collectif» avec effet au 31 mars 1998, sans toutefois maintenir l'affiliation au titre d'assuré individuel (cf. lettre A.d supra).

Au regard de ce qui précède, il se pose la question de savoir si, à partir du 1^{er} janvier 1998, le recourant a été assuré auprès de la H._____ ou s'il a continué d'être assuré auprès de la P._____ / R._____.

c) L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (art. 7 al. 2 LAMal, 1^{re} phrase, nouvelle du 24 mars 2000 en vigueur dès le 1^{er} octobre 2000). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance ; si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime ; dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (art. 7 al. 5 LAMal). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (art. 7 al. 6 LAMal, nouvelle du 24 mars 2000 en vigueur dès le 1^{er} octobre 2000). A cet égard, il convient de rappeler que la loi ne règle pas le moment où le rapport d'assurance existant prend fin lorsque la communication du nouvel assureur selon l'art. 7 al. 5 LAMal intervient tardivement. Comblant cette lacune authentique, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en pareilles circonstances, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent (ATF 127 V 38 ; TFA K 136/01 du 15 juillet 2002, reproduit in RAMA 2002 p. 369, consid. 3a).

Les modalités prévues par la loi (art. 7 LAMal) excluent ainsi qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans

couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance; l'affiliation au premier assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (TFA K 136/01 du 15 juillet 2002, reproduit in RAMA 2002 p. 369, consid. 3b et les références citées).

d) Les personnes qui ont déposé une demande d'asile en Suisse ou qui se sont vu accorder la protection provisoire (art. 18 et 66 LAsi) ou pour lesquelles une admission provisoire a été décidée (art. 14a LSEE) sont soumises à l'obligation d'assurance (art. 3 al. 1 LAMal, art. 1 al. 2 let. c OAMal). Comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances, le fait qu'en raison de facilités administratives, ces personnes puissent être réunies au sein d'un contrat-cadre conclu avec un petit nombre d'assureurs ne saurait constituer une dérogation à la LAMal, étant souligné que de tels contrats ne constituent pas un contrat collectif au sens de l'ancien droit, mais un arrangement administratif entre un preneur d'assurance et un assureur pour la gestion d'un nombre déterminé d'assurés individuels, soumis aux règles et obligations de la LAMal ; de tels arrangements ne peuvent dès lors s'écarter des règles relatives au changement d'assureur définies à l'art. 7 LAMal (cf. consid. 2c supra) et amener une interruption de la protection d'assurance susceptible de justifier l'intervention de l'organe de contrôle et une procédure d'affiliation d'office (TFA K 136/01 du 15 juillet 2002, reproduit in RAMA 2002 p. 369, consid. 3c/aa).

e) En l'espèce, il est établi que le recourant, au bénéfice du statut d'admis provisoire en Suisse, appartenait, au début de 1997 et s'agissant de l'assurance obligatoire des soins, au cercle des personnes affiliées à la P._____ en vertu du contrat liant cette caisse-maladie à l'Etat de Vaud. Dès l'entrée en force de la décision de l'Office des requérants d'asile vaudois, fixant au 20 mai 1997 la date à laquelle le renvoi du recourant était techniquement possible, ce dernier ne possédait plus le statut d'admis provisoire, de sorte que, conformément au protocole d'organisation du 12 septembre 1996 passé entre le SPAS, la FAREAS, la P._____ et X._____ SA, la couverture d'assurance du recourant aurait

dû être résiliée pour la fin du mois au cours duquel il n'était plus pris en charge par la FAREAS, soit pour le 31 mai 1997. Toutefois, cette résiliation n'a pas eu lieu, dès lors qu'à l'époque, la FAREAS n'a pas informé la P._____ qu'à partir du 20 mai 1997 le recourant, du fait de la perte de son statut d'admis provisoire et de son incarcération, avait cessé de faire partie du cercle des assurés couverts par le contrat collectif liant la P._____ à la FAREAS. En conséquence, le recourant est resté assuré auprès de la P._____ au-delà du 31 mai 1997, la R._____ ne contestant d'ailleurs pas que le recourant ait été affilié à la P._____ (devenue R._____ le 1^{er} janvier 1998) jusqu'au 31 décembre 1997.

f) A cet égard, la R._____ soutient que le recourant, en tant que bénéficiaire d'une admission provisoire de séjour au sens de l'art. 14a LSEE, a été représenté par la FAREAS afin de procéder à son affiliation à un assureur-maladie, ceci à tout le moins à compter du 1^{er} janvier 1996, et qu'après la perte de son statut d'admis provisoire, en mai 1997, il n'a pas mis fin au rapport de représentation qui le liait à la FAREAS s'agissant de son affiliation à un assureur-maladie, de sorte que ce rapport de représentation a perduré au-delà de ce qu'exigeait la législation en matière de protection des requérants d'asile, sur une base volontaire. Partant, toujours selon la R._____, lorsque la FAREAS a résilié le contrat de collaboration qui la liait à la P._____ pour le 31 décembre 1997, le recourant, quand bien même il ne faisait plus partie du cercle formel des assurés concernés par la convention de collaboration administrative, aurait « bénéficié » de la résiliation de la couverture, par le biais du rapport de représentation (cf. ATF 132 V 166), ainsi que de la conclusion de la nouvelle couverture sans interruption, à compter du 1^{er} janvier 1998, auprès de la H._____ (cf. lettre D.d supra).

Ce point de vue ne saurait toutefois être suivi. En effet, si la P._____ ou l'Etat de Vaud pouvaient mettre fin à l'arrangement administratif qui les liait, selon les dispositions propres à ce contrat, ni la première ni le second, au nom et pour le compte des assurés, ne pouvaient mettre fin unilatéralement aux rapports d'assurance de ces personnes dans l'assurance obligatoire des soins de la P._____ ; ces

personnes restaient ainsi affiliées auprès de la P._____ tant qu'un changement d'assureur, selon les modalités prévues par la loi, n'était pas intervenu (TFA K 136/01 du 15 juillet 2002, reproduit in RAMA 2002 p. 369, consid. 4). En l'espèce, l'affiliation du recourant auprès de la P._____ / R._____ ne pouvait ainsi prendre fin qu'après que la H._____ lui aurait communiqué qu'elle assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal; en cas de communication tardive, l'ancien rapport d'assurance se serait éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive serait parvenue à l'assureur précédent (ATF 127 V 38; TFA K 136/01 du 15 juillet 2002, reproduit in RAMA 2002 p. 369, consid. 3a). Or il est constant que la P._____ / R._____ n'a reçu aucune communication de la H._____ - avec laquelle la FAREAS avait conclu le 22 janvier 1998 un nouveau contrat ayant pour objet l'assurance obligatoire des soins pour l'ensemble des requérants d'asile et des étrangers admis provisoirement dont elle avait la charge - l'informant qu'elle assurait le recourant sans interruption de la protection d'assurance. Dans ces conditions, l'affiliation du recourant auprès de la P._____ / R._____ n'a pas pris fin et a perduré jusqu'au 31 août 2000, puisque dès le 1^{er} septembre 2000, le recourant a été affilié d'office à la H._____ par décision de l'OCC du 6 septembre 2000, entrée en force (cf. lettre A.f supra).

g) Il résulte de ce qui précède que le recourant a, pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, été affilié jusqu'au 31 août 2000 à la R._____ et que c'est dès lors en principe à cette caisse-maladie qu'il incombe de prendre en charge les coûts des prestations dispensées au recourant ensuite de l'agression dont celui-ci a été victime le 30 juillet 1998, tels qu'ils ont été pris en charge par le SPEN.

Cela étant, il convient d'examiner les arguments invoqués par la R._____ pour justifier son refus de prendre en charge les frais litigieux (cf. lettres D.a, D.b, D.d et D.h supra).

3. a) La R. _____ fait valoir que selon l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, dans sa teneur en vigueur au moment des faits déterminants (actuel art. 1a LAMal), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge. Or l'Etat de Vaud avait conclu avec la T. _____ une assurance-accidents des détenus et internés, conformément à l'art. 112 de la loi vaudoise du 18 septembre 1973 sur l'exécution des condamnations pénales et de la détention préventive (RSV 340.01), et une simple correspondance de refus de cet assureur privé ne serait pas suffisante pour exclure toute intervention d'un tiers. Si des prestations auraient pu être invoquées à juste titre en justice et qu'elles soient maintenant prescrites en raison de l'inaction du recourant, respectivement de ses représentants, il n'incomberait pas à la R. _____ d'en assumer la responsabilité, compte tenu de la doctrine qui impose à l'assuré de prendre toutes les mesures possibles pour sauvegarder ses droits à l'égard d'un assureur-accidents avant de se prévaloir de la couverture subsidiaire de l'assurance obligatoire des soins. Or le refus d'intervenir de l'assureur-accidents privé paraît d'autant plus contestable qu'il va à l'encontre de la prise en charge prévue expressément dans l'arrêté cantonal. En effet, celui-ci impose au minimum la prise en charge des frais de traitement, sans limitation de montant, dès la libération de l'assuré, au maximum pendant deux ans et pour autant que l'accident ait eu lieu dans les cinq ans précédant la libération. Dès lors que, dans le cas d'espèce, le recourant a été définitivement libéré le 19 janvier 1999, tandis que l'accident à l'origine des frais médicaux est survenu le 30 juillet 1998, soit dans les cinq années précédentes, il est clair selon la R. _____ que, indépendamment des conditions d'assurance qui régissaient le contrat, les frais médicaux encourus après le 19 janvier 1999 auraient dû être assumés par l'assureur-accidents auprès duquel l'Etat de Vaud avait conclu une police d'assurance.

b) Aux termes de l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (art. 1a al. 2 let. b LAMal depuis le 1^{er} janvier 2003), l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la

prise en charge. L'assurance-accidents au sens cette disposition peut être une assurance obligatoire conclue en vertu de la LAA, une assurance privée, une couverture du risque accident par l'assurance militaire ou encore une assurance-accidents étrangère, qu'elle soit sociale ou privée ; s'agissant des assurances-accidents privées suisses, il s'agira essentiellement de contrats d'assurance selon la LCA qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996 (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 459 p. 553). Si un assureur privé conteste devoir fournir des prestations, l'assuré doit au besoin faire valoir sa prétention en justice ; toutefois, l'assurance-maladie sociale doit, en raison de sa fonction subsidiaire, fournir ses prestations aussi dans le cas où il existe certes théoriquement une couverture d'accident privée, mais que la prétention de l'assuré ne peut être exercée, par exemple parce que l'assureur est insolvable ou qu'un procès de l'assuré contre l'assureur privé n'est pas possible ou n'est pas raisonnablement exigible (Eugster, op. cit., n. 4619 p. 553).

c) Selon l'art. 112 de la loi vaudoise du 18 septembre 1973 sur l'exécution des condamnations pénales et de la détention préventive, en vigueur au moment des faits déterminants, lorsqu'un détenu ou un interné est victime d'un accident au cours de sa détention dans un établissement vaudois, et que la responsabilité de l'Etat est engagée de ce chef, le dommage est réparé conformément à la loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (al. 1) ; pour les accidents survenus dans les mêmes circonstances, mais sans que sa responsabilité soit engagée, l'Etat conclut une assurance-accidents (al. 2) ; le Conseil d'Etat règle, par voie d'arrêté, l'étendue et les modalités de cette assurance (al. 3). Selon l'arrêté du 6 juin 1967 sur l'assurance accidents des détenus et internés, édicté par le Conseil d'Etat du canton de Vaud sur la base de l'art. 90bis de la loi du 5 février 1941 sur l'exécution des peines et maintenu après l'entrée en vigueur de la loi du 18 septembre 1973, sont assurés tous les détenus, internés ou internés volontaires placés dans les établissements de détention ou d'internement cantonaux vaudois, parmi

lesquels figurent notamment les Etablissements de la plaine de l'Orbe (art. 1). L'assurance couvre tous les accidents subis par l'assuré dès son admission dans l'un des établissements mentionnés à l'article premier et jusqu'à sa libération (art. 2), et notamment le dommage subi à la suite de rixe entre les assurés ou entre le personnel de l'établissement et les assurés (art. 4). Les frais de traitement sont couverts, sans limitation de montant, dès la libération de l'assuré, au maximum pendant deux ans et pour autant que l'accident ait eu lieu dans les cinq ans précédant la libération (art. 7 al. 2). Pour le surplus, les conditions générales et spéciales de l'assurance conclue par l'Etat de Vaud sont applicables (art. 8).

d) Dans un courrier du 27 janvier 1999, la T._____, auprès de laquelle l'Etat de Vaud avait conclu une assurance-accidents collective, a indiqué que la couverture d'assurance n'était pas acquise au recourant pour ce qui était de la prise en charge des frais médicaux, ce notamment pour le motif que l'intéressé était soumis à l'obligation de l'assurance-maladie sociale selon la LAMal et que selon l'art. B, al. 5 des CGA (conditions générales régissant le contrat collectif de l'Etat de Vaud), les frais de traitement qui étaient à la charge d'une assurance légale n'étaient pas pris en charge par la T._____ (cf. lettre A.e supra).

Il appert ainsi que l'on se trouve bien en l'espèce dans un cas où aucune assurance-accidents n'assume la prise en charge des frais de traitement consécutifs à l'accident, de sorte qu'il incombe à l'assureur-maladie selon la LAMal de prendre en charge ces frais conformément à l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (cf. consid. 3b supra). En effet, l'art. 112 de la loi vaudoise du 18 septembre 1973 sur l'exécution des condamnations pénales et de la détention préventive - adopté avant l'instauration au 1^{er} janvier 1996 de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal - obligeait l'Etat de Vaud à conclure, pour les suites des accidents dont sont victimes les détenus ou les internés sans que la responsabilité de l'Etat soit engagée, une assurance-accidents dont l'étendue et les modalités étaient réglées par voie d'arrêté. S'agissant néanmoins d'une assurance privée contre les

accidents, soumise à la LCA, le droit aux prestations vis-à-vis de l'assureur privé auprès duquel l'Etat de Vaud a conclu ce contrat d'assurance - en l'occurrence la T._____ - ne découle pas directement de la loi cantonale respectivement de l'arrêté cantonal, mais bien du contrat en question, y compris les conditions générales d'assurance adoptées par les parties. Or dans un tel contrat d'assurance privée, auquel s'applique le principe de la liberté contractuelle, il est parfaitement loisible aux parties d'exclure expressément de la couverture d'assurance les frais de traitement qui sont à la charge d'une assurance légale, telle que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, ce qui a précisément été fait dans le contrat collectif conclu par l'Etat de Vaud auprès de la T._____, selon l'art. B, al. 5 des conditions générales d'assurance applicables à ce contrat.

e) Il résulte de ce qui précède qu'il incombe bien à la R._____, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, de prendre en charge les coûts des prestations dispensées au recourant ensuite de l'agression du 30 juillet 1998, conformément à l'art. 1 al. 2 let. b LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, dès lors qu'il est établi qu'aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

4. a) La R._____ conteste ensuite la qualité du recourant pour demander le remboursement des frais médicaux litigieux. Elle fait valoir que la loi sur l'assurance-maladie sociale distingue deux systèmes de prise en charge, à l'exception de tout autre, à savoir le système du tiers garant et celui du tiers payant, de sorte que seul l'assuré - respectivement le fournisseur, lorsqu'une convention de tiers payant a été conclue - peut se prévaloir d'un droit au remboursement des prestations à charge de l'assurance-maladie sociale. Or, en l'espèce, ni les fournisseurs, ni le recourant n'ont fait valoir de droit au remboursement pour des prestations qu'ils auraient effectuées, respectivement pour des montants qu'il aurait déboursés pour se faire soigner; au contraire, les factures litigieuses n'ont jamais été adressées au recourant, qui n'a pas qualité pour demander le remboursement de frais qu'il n'a jamais eu à assumer. S'agissant de la

relation que le recourant entretenait avec le service pénitentiaire, lequel a payé les factures, il n'a jamais été établi que le second a remboursé les fournisseurs de soins en application d'un quelconque rapport de représentation ou en vertu d'une reprise de dette. Par ailleurs, ledit service n'a pas fait valoir directement, ni par l'intermédiaire d'un mandataire, un éventuel droit à remboursement (cf. lettre D.d supra).

b) Selon l'art. 42 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations ; l'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant) (al. 1) ; assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant) (al. 2). Le système du tiers payant prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal (par opposition au système du tiers garant prévu à l'art. 42 al. 1 LAMal) constitue une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier ; dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations ; l'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations et est le débiteur direct du fournisseur (ATF 132 V 18 consid. 5.2).

c) En l'espèce, dans la mesure où les frais de traitement pour la période du 30 juillet 1998 au 5 septembre 2000 ont été pris en charge par le SPEN (cf. lettre A.d supra), on se trouve dans un cas d'application du système du tiers payant, dans lequel l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations et a le droit d'être remboursé par son assureur.

Le recourant observe à cet égard que lorsque le SPEN a pris en charge temporairement ces prestations, il l'a fait en vertu de la procédure alors en place, en vertu de laquelle, afin d'assurer un remboursement dans un délai raisonnable des prestataires de soin, le SPEN joue le rôle de tiers garant en lieu et place de la personne détenue lorsque le

remboursement par l'assurance de base est litigieux ou prend trop de temps ; le recourant relève que ce système n'a jamais été contesté par aucune compagnie d'assurance à ce jour et que la R._____ dans le cas d'autres contrats de personnes détenues a toujours accepté de rembourser les frais avancés par le SPEN pour rembourser les prestataires médicaux (cf. lettre D.f supra).

Force est de constater que le fait que le recourant n'a pas payé lui-même les frais médicaux qui ont été provisoirement pris en charge par le SPEN ne permet pas de lui dénier la qualité d'obtenir de la R._____ le remboursement des frais médicaux dont il est le débiteur envers le fournisseur de prestations, en vertu de l'art. 42 al. 1 LAMal. Quelle que puisse être la qualification du rapport juridique existant entre le recourant et le SPEN, il est en effet incontestable que le recourant était le débiteur des factures émises par les fournisseurs de prestations et qu'il est tenu de rembourser les avances faites par le SPEN, de sorte qu'il a la qualité de créancier dans ses rapports avec la R._____.

5. a) La R._____ invoque enfin un autre obstacle au remboursement des factures litigieuses, à savoir la péremption du droit aux prestations. Elle fait valoir qu'avant l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003, le droit aux prestations se périmait de la même manière qu'après son application, à savoir par cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due, soit, en matière de prestations relatives à l'assurance-maladie sociale, par cinq ans à compter de la date de traitement. Relevant qu'en matière de droit public, le délai de péremption est sauvegardé lorsque le créancier s'adresse, durant le laps de temps déterminant, au débiteur de manière adaptée pour faire valoir son droit, la R._____ estime que le recourant n'aurait pas manifesté de volonté de voir certaines factures remboursées conformément à la LAMal avant le 10 janvier 2008, date à laquelle il a requis de la R._____ qu'elle rende une décision sur le droit aux prestations. Dès lors que les factures litigieuses se rapportent à des traitements qui ont été dispensés durant les années 1998 et 1999 - la dernière facture dont il est demandé le remboursement

ayant trait aux frais de pension à la G. _____ pour le mois de novembre 1999 -, force serait de constater que le délai de péremption du droit aux prestations était largement dépassé lorsque le recourant s'est adressé pour la première fois de manière appropriée à la R. _____ pour le faire valoir (cf. lettre D.d supra).

b) Selon l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En matière d'assurance-maladie, ce délai de péremption commence à courir au moment de l'exigibilité de la créance, lequel ne correspond pas au moment où naît le droit au remboursement (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n. 34 ad art. 24 LPGA). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003, la péremption du droit aux prestations n'était pas réglée expressément dans la loi ; il était toutefois admis que le droit aux prestations d'assurance-maladie se périmait par cinq ans, délai qui était expressément prévu dans d'autres assurances sociales (cf. art. 46 al. 1 und 2 LAVS, art. 48 al. 1 et 2 LAI ; art. 51 LAA, art. 14 LAM; art. 41 al. 1 LPP) (TFA K 70/01 du 9 octobre 2001, reproduit in SVR 2002 KV n° 18, consid. 4b ; Kieser, op. cit., n. 34 ad art. 24 LPGA ; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 1998, n. 221 p. 112).

En matière de droit public et notamment en matière d'assurance-maladie, le délai de péremption est sauvegardé par tout acte, notamment de simples déclarations écrites ou même orales, par lequel le créancier fait valoir de manière appropriée sa créance à l'encontre du débiteur (ATF 133 V 579 consid. 4.3.1 et 4.3.5).

c) En l'espèce, il est constant que la R. _____ a été appelée en cause dans le cadre du litige ouvert sur recours de N. _____ contre la décision sur opposition rendue le 22 novembre 2001 par la H. _____, que dans sa réponse du 17 juillet 2002, elle a conclu à ce qu'il soit admis qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge les prestations de soins

dispensés à N._____ au cours de la période du 1^{er} avril 1998 au 31 août 2000, et que lors de l'audience du Président du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 1^{er} octobre 2001, la représentante de la R._____ a proposé à titre transactionnel que les frais litigieux soient pris en charge conjointement par la H._____, la R._____ et la FAREAS, à raison d'un tiers par chaque institution (cf. lettre B.c supra).

Dans ces conditions, la R._____ ne saurait sérieusement soutenir que le recourant n'avait pas en 2001 déjà, dans le cadre du litige qui a abouti au jugement du 4 octobre 2004, fait valoir de manière appropriée sa créance à son encontre, ce qui sauvegardait le délai de péremption.

6. a) Il résulte de ce qui précède que la R._____ est tenue de prendre en charge, conformément aux dispositions de la LAMal, les coûts des prestations dispensées au recourant du 30 juillet 1998 au 31 août 2000. Le recours interjeté par N._____ contre la décision sur opposition rendue le 9 novembre 2009 par la R._____, par laquelle celle-ci a confirmé sa décision du 13 juillet 2009 refusant de prendre en charge les frais afférents à l'agression subie le 30 juillet 1998 par le recourant (cf. lettres D.a et D.b supra), doit par conséquent être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la R._____ pour qu'elle prenne les coûts des prestations litigieuses.

b) Dès lors qu'il doit être retenu que le recourant a, pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, été affilié à la R._____ du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000 (cf. consid. 2f et 2g supra) et qu'il incombe ainsi à la R._____ de prendre en charge, conformément aux dispositions de la LAMal, les coûts des prestations dispensées au recourant du 30 juillet 1998 au 31 août 2000 (cf. consid. 6a supra), le recours interjeté contre la décision sur opposition rendue le 22 novembre 2001 par la H._____, par laquelle celle-ci a constaté que le recourant ne lui était pas affilié durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 2000 (cf. lettre B.b supra) - et a ce faisant en réalité refusé de prendre en charge les

prestations réclamées pour la période litigieuse, comme elle l'a confirmé lorsqu'elle a été invitée à se déterminer sur la portée de cette décision (cf. lettre C.b supra) - doit être rejeté et la décision en question confirmée.

c) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui obtient gain de cause vis-à-vis de la R._____, n'a pas droit à des dépens de la part de celle-ci, dès lors qu'il a procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'a donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Quoiqu'obtenant gain de cause vis-à-vis du recourant, la H._____ n'a pas droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que seul le *recourant* qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours interjeté par N._____ contre la décision sur opposition rendue le 22 novembre 2001 par H._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 novembre 2001 par H._____ est confirmée.
- III. Le recours interjeté par N._____ contre la décision sur opposition rendue le 9 novembre 2009 par R._____ est admis.
- IV. La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2009 par R._____ est annulée et la cause est renvoyée à cette caisse pour qu'elle prenne en charge, conformément aux dispositions de la LAMal, les coûts des prestations dispensées à N._____ du 30 juillet 1998 au 31 août 2000.
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Tuteur général du canton de Vaud (pour le recourant),
- R._____,
- H._____,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :