

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

Q. _____, à Vevey, recourant,

D. _____, à [...], intimée,

et

**ORGANE CANTONAL DE CONTRÔLE DE L'ASSURANCE-MALADIE ET
ACCIDENTS**, à Lausanne, partie intéressée à la procédure.

Art. 105b al. 3 OAMal

E n f a i t :

A. a) Q._____, né en 1956, ressortissant français domicilié à Vevey, était au bénéfice d'une dispense de l'obligation d'assurance suisse en application de l'art. 2 al. 1 let. c à f OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), délivrée le 12 juillet 2006 et valable pour la période du 6 mars 2006 au 13 juin 2007.

b) Par courrier du 25 juin 2007, l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents (ci-après: l'OCC) a informé l'assuré qu'il n'était plus en mesure de lui octroyer une nouvelle dispense de s'assurer, compte tenu de son activité lucrative en Suisse; il lui a ainsi demandé de bien vouloir porter son choix sur un assureur-maladie figurant sur une liste annexée.

Le 10 juillet 2007, l'assuré a fait valoir qu'il n'exerçait aucune activité lucrative, vivant sur sa seule fortune personnelle, et que, bénéficiant toujours d'une assurance-maladie de la sécurité sociale française, il ne pouvait être obligé de s'affilier à une caisse-maladie suisse.

Le 16 juillet 2007, l'OCC a derechef demandé à l'assuré de porter son choix sur l'un des assureurs-maladie agréés par le Département fédéral de l'intérieur.

c) Par prononcé du 28 août 2007, l'OCC a procédé à l'affiliation d'office de l'assuré avec effet au 1^{er} août 2007 auprès de la caisse-maladie D._____ (ci-après: la D._____ ou la Caisse). L'intéressé ayant contesté réaliser un revenu en Suisse, l'OCC l'a informé le 27 mars 2008, après divers échanges de correspondances, qu'il ne serait pas en mesure de le dispenser tant qu'il n'aurait pas pu déterminer la source de ses revenus.

Par décision sur opposition du 28 juillet 2008, l'OCC a confirmé l'affiliation d'office à laquelle il avait procédé. Un recours déposé contre cette décision a été écarté préjudiciellement par le Tribunal des

assurances du canton de Vaud pour tardiveté. Le 24 décembre 2008, après un nouvel échange de correspondances, l'OCC a informé l'assuré qu'au vu de tous les éléments au dossier, il lui notifierait dans le courant du mois de janvier 2009 une nouvelle décision sur opposition, susceptible de recours.

d) Par décision sur opposition du 29 janvier 2009, l'OCC a confirmé la teneur de son prononcé du 28 août 2007. Il a rappelé que, selon le système institué par l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP, RS 0.142.112.681]), les personnes non actives qui n'étaient ni des personnes au chômage, ni des bénéficiaires de rente, ni des membres de la famille étaient soumises au système d'assurance de leur pays de résidence, leur affiliation n'étant pas réglée par l'ALCP. Dès lors, si l'on admettait, comme l'affirmait l'assuré, que celui-ci n'exerçait pas d'activité lucrative, que ce soit en Suisse ou en France, mais vivait sur sa fortune personnelle, il devait être considéré comme une personne sans activité lucrative, qui n'était donc pas concernée par le champ d'application personnel de l'ALCP. Au demeurant, le résultat de l'activité économique de l'assuré importait peu, dans la mesure où, n'étant pas concerné par l'une des exceptions prévues par l'art. 2 OAMal, il était en revanche domicilié en Suisse et soumis, à ce titre, à l'obligation de s'assurer selon l'art. 3 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10).

e) Par acte du 25 janvier 2009, l'assuré a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition.

Par arrêt du 25 juin 2009 (LAVAM 8/09 - 11/2009), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition du 29 janvier 2009. Elle a en substance retenu qu'il était constant que le recourant était domicilié en Suisse et qu'il n'exerçait aucune activité lucrative, que ce soit en Suisse ou en France; l'intéressé

avait dès lors l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal, mais pouvait être excepté de cette obligation, sur requête à laquelle devaient être jointes les attestations comportant les renseignements nécessaires, s'il établissait que l'un des cas prévus par l'art. 2 al. 2, al. 7 et al. 8 OAMal – dispositions qu'il invoquait concrètement – était réalisé, ce qui n'était pas le cas à ce stade.

B. a) Par décision du 10 juillet 2009, la D._____ a levé l'opposition formée par Q._____ au commandement de payer qu'elle lui avait fait notifier dans la poursuite n° 5075789, à concurrence d'un montant total de 1'844 fr., soit 1'734 fr. de primes afférentes à la période du 1^{er} août 2007 – date à partir de laquelle l'intéressé avait été affilié d'office à la Caisse (cf. let. A.c *supra*) – au 31 décembre 2007, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 30 fr. pour frais de sommation. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Par décision du 10 juillet 2009, la D._____ a levé l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer qu'elle lui avait fait notifier dans la poursuite n° 5075793, à concurrence d'un montant total de 4'284 fr. 80, soit 4'144 fr. 80 de primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 60 fr. pour frais de sommation. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Par décision du 10 juillet 2009, la D._____ a levé l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer qu'elle lui avait fait notifier dans la poursuite n° 5075835, à concurrence d'un montant total de 1'299 fr. 80, soit 1'129 fr. 80 de primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2009, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 90 fr. pour frais de sommation. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

b) Le 13 août 2009, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) [...], à [...] (France), a établi un formulaire E106 ("*Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie dans le cas des personnes qui résident dans un autre pays que le pays compétent*") concernant Q._____ et attestant que celui-ci avait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité française à partir du 1^{er} juillet 2007, et conservait ce droit jusqu'au 30 juin 2010 inclus.

c) Par courrier du 26 août 2009 indiquant comme objet "*Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) Obligation d'assurance - Examen pour l'octroi d'une dispense*", l'OCC a accusé réception de courriers de l'assuré des 27 juillet, 11 et 14 août 2009, ainsi que de son courrier électronique du 20 août 2009 et de son fax du 21 août 2009. Il a prié l'intéressé de bien vouloir remettre l'original de son formulaire E106 de la Communauté européenne à l'Institution commune LAMal, à Soleure, afin de se faire enregistrer et d'être reconnu comme ayant droit à l'entraide en matière de prestations. Cette dernière institution lui adresserait sa carte de membre; l'assuré était invité à faire parvenir une copie de ce document à l'OCC, qui serait alors en mesure de se déterminer quant à sa situation au regard de l'affiliation à un régime de sécurité sociale.

d) Par trois décisions sur opposition du 27 août 2009, la D._____ a confirmé ses décisions respectives du 10 juillet 2009 levant les oppositions formées par l'assuré aux commandements de payer dans les _____ poursuites _____ n° _____ 5075789, n° 5075793 et n° 5075835 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Vevey (cf. let. B.a *supra*).

e) Le 10 septembre 2009, la D._____, répondant à courrier électronique de l'assuré du 5 septembre 2009, a prié celui-ci de s'adresser à l'organisme compétent pour se faire enregistrer et obtenir sa carte d'ayant droit, comme mentionné dans le courrier de l'OCC du 26 août 2009 (cf. let. B.c *supra*). Elle a précisé qu'il appartiendrait à l'OCC de rendre une décision quant à l'annulation de son affiliation auprès de la

Caisse, et qu'à réception de cette décision, elle ne manquerait pas de lui donner la suite qu'il conviendrait.

C. a) Q._____ a formé recours contre les trois décisions sur opposition rendues le 27 août 2009 (cf. let. B.d *supra*) par actes du 19 septembre 2009. Ces recours respectifs ont été enregistrés sous les numéros _____ de _____ causes AM 49/09, AM 50/09 et AM 51/09.

D'un point de vue formel, le recourant a en substance fait valoir que, résident suisse travaillant en France dans une société française, il avait produit au mois d'août 2009 un formulaire E106 attestant de sa couverture allant du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2010, que l'OCC avait reconnu le 26 août 2009 qu'il ne pouvait statuer sur son cas sans que celui-ci ne soit affilié auprès de l'Institution commune LAMal, et que la D._____ avait confirmé le 10 septembre 2009 cette obligation (cf. let. B.b, B.c et B.e *supra*). L'intéressé estimait ainsi que l'OCC n'avait pas respecté la procédure d'affiliation auprès de l'Institution LAMal avant de statuer sur son cas, de sorte que la décision du 29 janvier 2009 rejetant sa demande de dispense et l'affiliant d'office auprès de la D._____ était à son sens "*sans valeur*"; à ce titre, il demandait au tribunal "*d'invalider cette décision*".

Sur le fond, le recourant relevait que si la LAMal autorisait l'organe de contrôle à affilier d'office une personne, il n'existait aucun texte stipulant qu'il appartenait au même organe d'annuler une telle affiliation une fois que l'intéressé avait régularisé sa situation. Dès lors qu'il avait apporté la preuve de la matérialisation de son assurance-maladie, par le biais du formulaire E106 attestant de sa couverture d'assurance du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2010, tant l'OCC que la D._____ ne pouvaient ignorer qu'il était "*en règle*"; il leur appartenait dès lors de régler entre eux sa situation, plutôt que de continuer à le poursuivre. Le recourant concluait ainsi à l'annulation des commandements de payer n° 5075789, n° 5075793 et n° 5075835. En outre, estimant que la D._____ n'avait pas correctement effectué les

obligations qui lui revenaient et l'avait injustement poursuivi, l'intéressé lui réclamait la somme de 500 fr. pour chaque dossier (soit un total de 1'500 fr.) à titre de "*dommages et intérêts*" pour la contestation devant la Cour des assurances sociales.

b) Par écriture du 2 octobre 2009, le recourant a produit une nouvelle attestation E106 mentionnant son adresse de résidence en Suisse, un courrier électronique du Service juridique du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), à Paris, indiquant que, dans la mesure où l'intéressé résidait en Suisse et exerçait sa seule activité professionnelle en France, il était exclusivement et obligatoirement affilié au régime français de sécurité sociale conformément à l'art. 13 § 2 du Règlement (CEE) n° 1408/71, ainsi qu'une attestation de sa fiduciaire confirmant qu'il n'avait réalisé aucun revenu en Suisse sur l'année 2008.

c) Dans sa réponse du 30 octobre 2009 (commune aux causes AM 49/09, AM 50/09 et AM 51/09, dont elle proposait la jonction), la D. _____ a exposé que la décision de l'OCC de ne pas dispenser le recourant de l'obligation de s'assurer auprès d'une caisse-maladie reconnue au sens de l'art. 12 al. 1 LAMal, respectivement de l'affilier d'office auprès de la D. _____, conformément à l'art. 6 al. 2 LAMal, avec effet au 1^{er} août 2007, avait été confirmée par la Cour des assurances sociales. Dès lors, la Caisse avait le devoir d'affilier le recourant dès le 1^{er} août 2007, et celui-ci était tenu de payer les primes LAMal dès cette date. Dans la mesure où l'intéressé n'avait pas payé ses primes depuis son affiliation, malgré les rappels et sommations de la D. _____, celle-ci soutenait en substance qu'elle avait à juste titre levé les oppositions aux commandements de payer relatifs aux poursuites n° 5075789, n° 5075793 et n° 5075835 pour les montants respectifs de 1'844 fr., 4'284 fr. 80 et 1'299 fr. 80, frais de poursuite et intérêts moratoires de 5 % sur les arriérés de primes et cotisations en sus.

d) Le 4 novembre 2009, constatant que les causes AM 49/09, AM 50/09 et AM 51/09 divisaient les mêmes parties sur des décisions de

même nature qui concernaient un même complexe de faits et portaient sur des questions juridiques communes, le juge instructeur a ordonné leur jonction en application de l'art. 24 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Par ailleurs, constatant que l'assuré avait recouru auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt du 25 juin 2009 (LAVAM 8/09 - 11/2009) par lequel la Cour des assurances sociales avait rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition rendue le 29 janvier 2009 par l'OCC, décision confirmant son affiliation d'office avec effet au 1^{er} août 2007 auprès de la D. _____ (cf. let. A.e *supra*), le juge instructeur a ordonné la suspension des causes jointes AM 49/09, AM 50/09 et AM 51/09 jusqu'à droit connu sur le sort de ce recours, en application de l'art. 25 LPA-VD.

e) Par écriture du 12 novembre 2009, le recourant a indiqué que l'Institution commune LAMal venait de l'inscrire comme ayant droit au sens des accords conclus entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne (UE), en l'informant que s'il était assuré auparavant auprès d'une caisse-maladie suisse, il pouvait résilier son assurance obligatoire des soins.

Invité à se déterminer sur cette dernière écriture en qualité de partie intéressée à la procédure, l'OCC a estimé le 27 novembre 2009 qu'il y avait lieu d'attendre que le Tribunal fédéral ait statué sur le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 25 juin 2009.

Egalement invitée à se déterminer, la D. _____ a indiqué le 2 décembre 2009 prendre acte que l'Institution commune LAMal, par courrier du 15 octobre 2009, avait confirmé l'inscription du recourant comme ayant droit au sens des accords conclus entre la Suisse et les Etats de l'UE respectivement de l'Association européenne de libre-échange (AELE). Elle relevait que l'Institution commune LAMal avait informé le recourant de son devoir de résilier - et non pas d'annuler - son assurance obligatoire des soins s'il était assuré auparavant auprès d'une caisse-maladie suisse, et déclarait dès lors attendre la décision de l'OCC

concernant les modalités de résiliation de l'assurance obligatoire du recourant, tout en estimant que les primes actuellement litigieuses restaient dues.

Le 7 décembre 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'au vu des déterminations de l'OCC du 27 novembre 2009, respectivement de la D. _____ du 2 décembre 2009, l'instruction de la cause restait suspendue jusqu'à ce que le Tribunal fédéral ait statué sur le recours interjeté par l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 25 juin 2009.

f) Par écriture du 21 décembre 2009, le recourant a relevé, s'agissant des déterminations de la D. _____ du 2 décembre 2009, qu'en ne contestant pas son inscription auprès de l'Institution commune LAMal du 15 octobre 2009, la Caisse reconnaissait qu'il était rétroactivement couvert du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2010, sa carte d'assuré 82420 ouvrant directement le droit à des prestations qui seraient assumées par l'Institution commune LAMal; en effet, si cette dernière institution l'entendait différemment, elle aurait fait partir la prise en charge de l'intéressé au titre de l'entraide à la date de son affiliation, soit le 15 octobre 2009, et non depuis le 1^{er} juillet 2007. Le recourant estimait ainsi que, dès lors que son inscription auprès de la D. _____ était postérieure au 1^{er} juillet 2007, la demande de résiliation de l'assurance obligatoire des soins par l'Institution commune LAMal valait annulation de l'inscription d'office; comme l'institution en cause s'engageait à participer aux coûts déjà payés, elle confirmait, si besoin était, que l'intéressé était couvert depuis le 1^{er} juillet 2007. En conséquence, le recourant considérait qu'il n'avait pas à souscrire une assurance pour cette période, ni à en payer les primes, raison pour laquelle il avait demandé à la D. _____, par courrier du 16 octobre 2009, de résilier la couverture d'assurance obligatoire des soins à compter du 1^{er} juillet 2007.

Concernant par ailleurs les déterminations de l'OCC du 27 novembre 2009, le recourant relevait que la position de cet organe,

consistant à attendre la décision à venir de la cour d'appel (*recte*: du Tribunal fédéral), était injustifiée dans la mesure où l'on était en présence de deux demandes de dispense distinctes, la première ayant été formulée le 14 décembre 2008 - et faisant l'objet du recours pendant devant le Tribunal fédéral -, tandis que la seconde avait été déposée le 20 août 2009 au titre de l'attestation E106 délivrée au mois d'août 2009. Sans remettre en cause la suspension de la cause décidée par le juge instructeur, le recourant souhaitait que l'OCC soit invité à se déterminer sans plus tarder sur la nouvelle demande de dispense, indépendamment de toutes procédures en cours.

g) Par arrêt du 29 décembre 2009 (9C_797/2009), le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du Tribunal cantonal du 25 juin 2009, en raison d'un vice formel, et renvoyé la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour nouveau jugement.

Par courrier du 5 janvier 2010, le juge instructeur a rappelé que la présente cause - dont l'instruction demeurait suspendue conformément au courrier du 7 décembre 2009 - portait sur trois décisions sur opposition de la D. _____ relatives aux primes dues pour la période du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009. Si rien ne paraissait devoir s'opposer à ce que l'OCC statue, indépendamment de l'issue de la procédure devant le Tribunal fédéral, sur la nouvelle demande de dispense que le recourant indiquait avoir formulée le 20 août 2009 au titre de l'attestation E106 délivrée au mois d'août 2009, cette question sortait du cadre de l'objet du présent litige ainsi défini; dès lors que la Cour de céans statuait sur recours contre les décisions qui lui étaient déférées et qu'elle n'était pas autorité de surveillance des organes de l'assurance sociale, elle n'avait pas le pouvoir, dans le cadre de la présente cause, d'inviter l'OCC à statuer sans délai sur la nouvelle demande de dispense.

h) Ensuite de l'annulation de l'arrêt du 25 juin 2009 par le Tribunal fédéral (cf. let. C.g *supra*), la Cour des assurances sociales a rendu le 23 mars 2010 un nouvel arrêt (LAVAM 3/10 - 3/2010) rejetant le recours de l'assuré et confirmant la décision sur opposition rendue le 29

janvier 2009 par l'OCC (cf. let. A.d et A.e *supra*). L'intéressé a recouru auprès du Tribunal fédéral contre ce nouvel arrêt.

i) Le 30 avril 2010, l'OCC a adressé à la D. _____ un courrier dont la teneur est la suivante:

"Par notre lettre recommandée du 29.10.2008, nous vous avons attribué selon la clé de répartition la personne prénommée [i.e. Q. _____]

Toutefois, nous vous informons que nous acceptons d'exempter l'intéressé de l'assurance-maladie obligatoire, en raison des informations et des documents que ce dernier nous a transmis récemment. Ces documents justifient une exception à l'obligation de s'assurer en Suisse, au sens de l'art. 2 OAMal.

Vu ce qui précède, nous vous prions de bien vouloir considérer cette affiliation d'office comme nulle et non avenue."

A la même date, l'OCC a adressé au recourant un prononcé le dispensant de l'obligation d'assurance pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2010.

j) Le 21 mai 2010, la D. _____ a adressé au recourant un courrier dont la teneur est la suivante:

"La récente demande d'annulation de votre couverture d'assurance a retenu notre meilleure attention.

Nous vous confirmons donc que nous annulons votre contrat d'assurance.

Nous vous remercions de considérer nos précédentes correspondances comme nulles et non avenues."

Par écriture du 10 juin 2010, le recourant a communiqué copie de ce dernier courrier au juge instructeur, précisant qu'ayant obtenu gain de cause "*non sans efforts*", il maintenait ses demandes de dédommagement à concurrence de 500 fr. par dossier (cf. let. C.a *supra*).

k) Le 17 juin 2010, le juge instructeur a invité la D. _____ à se déterminer sur l'incidence de l'annulation de la couverture d'assurance

du recourant (cf. le courrier de la D. _____ du 21 mai 2010, let. C.j *supra*) sur les décisions sur opposition du 27 août 2009, d'une part, sur les conclusions du recourant tendant à l'allocation d'une indemnité de dépens de 500 fr. par dossier, d'autre part.

Par écriture du 7 juillet 2010, la D. _____ a relevé que l'annulation de l'affiliation d'office du recourant faisait suite au courrier de l'OCC du 30 avril 2010, étant précisé que l'OCC déclarait n'avoir reçu que "*récemment*" de la part de l'intéressé les informations et documents nécessaires à cette prise de position (cf. let. C.i *supra*). Si les factures de primes relatives à la période litigieuse étaient par conséquent annulées, les frais engendrés afin de recouvrer les montants en cause restaient ainsi dus par le recourant. En effet, la D. _____ était dépendante de la décision de l'OCC et ne pouvait annuler l'affiliation d'office du recourant sans l'accord de cet organe; or, il appartenait au recourant de fournir à l'OCC les documents nécessaires à son exemption d'affiliation, ce qu'il n'avait fait que récemment. Dès lors, la procédure de recouvrement pour le paiement des primes était justifiée dans la mesure où les montants réclamés étaient dus et n'avaient pas été réglés par l'intéressé, lequel n'avait pas transmis les documents nécessaires à l'OCC pour qu'il l'exempte de l'obligation de s'affilier. En outre, les frais administratifs perçus étaient justifiés. En raison de la négligence de l'assuré, l'OCC avait intimé la D. _____ de l'affilier, ce qui avait engendré un certain nombre de conséquences, notamment la création d'une carte d'assuré par an, l'établissement et l'envoi de certificats d'assurances, l'ouverture de dossiers contentieux, etc. Ces frais ne pouvaient être mis à la charge de la Caisse, qui n'avait fait que répondre à la demande de l'OCC. La D. _____ concluait ainsi à ce que les conclusions du recourant tendant à l'allocation d'une indemnité de dépens de 500 fr. par dossier soient rejetées, et s'en remettait à justice pour le surplus.

I) Sur réquisition du juge instructeur, la D. _____ a produit le 29 juillet 2010 copie de toutes les pièces de son dossier qui étaient postérieures à sa réponse du 30 octobre 2009.

Par courrier du 5 août 2010, le recourant a encore exposé que la D. _____ ne saurait mettre les frais à sa charge.

E n d r o i t :

1. a) Interjetés dans le délai légal de trente jours suivant la notification des décisions sur opposition entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), les recours respectifs ont été déposés en temps utile. Ils satisfont en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. En effet, en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours; le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418, consid. 5.2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références; TF 2C_777/2009 du 21 avril 2010, consid. 1.1).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la D. _____ était fondée à lever les oppositions formées par le recourant aux commandements de payer qu'elle lui avait fait notifier dans les poursuites n° 5075789 (portant sur 1'734 fr. de primes afférentes à la période du 1^{er} août 2007 au 31 décembre 2007, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 30 fr. pour frais de sommation), n° 5075793 (portant sur 4'144 fr. 80 de primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 60 fr. pour frais de sommation) et n° 5075835 (portant sur 1'129 fr. 80 de primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2009, respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 90 fr. pour frais de sommation) (cf. let. B.a *supra*).

En revanche, les conclusions du recourant tendant à l'invalidation de la décision sur opposition de l'OCC du 29 janvier 2009 confirmant son affiliation d'office auprès de la D. _____ (cf. let. A.d et C.a *supra*) échappent à l'objet de la contestation, et sont dès lors irrecevables dans le cadre de recours dirigés contre les décisions sur opposition de la D. _____ du 27 août 2009 relatives au recouvrement de primes dues pour la période du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009 (cf. let. B.a et B.d *supra*).

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse; aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal consacre-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence). Le financement de l'assurance-maladie sociale, qui repose sur les assurés et les pouvoirs publics, dépend étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés, lesquels sont légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). De leur côté, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts; au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de

faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré - paiement des primes selon les art. 61 ss LAMal et des participations aux coûts selon l'art. 64 LAMal, de même que les conséquences de la non-exécution de ces obligations - par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et faillite, RS 281.1) ou par celle de la compensation (ATF 131 V 147, consid. 5.2 et 6.1; ATF 126 V 265, consid. 4a et les références; TF 9C_786/2008 du 31 octobre 2008, consid. 3.1). L'art. 54 al. 2 LPGA prévoit ainsi que les décisions et décisions sur opposition exécutoires au sens de l'art. 54 al. 1 LPGA qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP (cf. ATF 126 V 265 précité, consid. 4a; TF 9C_786/2008 précité, consid. 3.1).

b) Lorsque le créancier requiert une poursuite sans titre à la mainlevée préalable, il doit, en cas d'opposition au commandement de payer, agir par la voie de la procédure ordinaire ou administrative pour faire reconnaître son droit conformément à l'art. 79 al. 1 LP. Dans la mesure où la poursuite porte sur une créance de droit public, dont le bien-fondé doit faire l'objet d'une décision formelle de l'autorité administrative compétente, soit, en matière d'assurance-maladie sociale, des assureurs, ceux-ci peuvent introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entrée en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront ainsi requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP; dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur la mainlevée de l'opposition comme autorité

de mainlevée (ATF 119 V 329, consid. 2 et les références; TF K 63/05 du 26 juin 2006, consid. 7.2)

c) Selon l'art. 105b al. 3 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Cette disposition, en vigueur depuis le 1^{er} août 2007, constitue une codification de la jurisprudence selon laquelle un assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais – qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter – soient imputables à une faute de l'intéressé et pour autant qu'une telle mesure soit expressément prévue par les dispositions générales (ATF 125 V 276, consid. 2 et les références).

4. a) En l'espèce, par les décisions attaquées, la D. _____ a confirmé la mainlevée des oppositions formées par le recourant aux commandements de payer portant sur les primes d'assurance-maladie obligatoire afférentes à la période du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009, primes dont la Caisse considérait qu'elles étaient dues par l'intéressé en raison de son affiliation d'office, avec effet au 1^{er} août 2007, prononcée par l'OCC le 28 août 2007 (cf. let. A.c *supra*), étant précisé que ce prononcé a été confirmé par décision sur opposition du 29 janvier 2009 (cf. let. A.d *supra*), laquelle a été à son tour confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 mars 2010 – contre lequel un recours est actuellement pendant devant le Tribunal fédéral (cf. let. C.h *supra*).

Or, en raison des informations et des documents qui lui ont été transmis entre-temps par le recourant, l'OCC a rendu un nouveau prononcé le 30 avril 2010, dispensant l'intéressé de l'obligation d'assurance pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2010 (cf. let. C.i *supra*). Partant, la D. _____ a confirmé au recourant, par courrier du 21

mai 2010, qu'elle annulait son contrat d'assurance et que ses précédentes correspondances devaient être considérées comme nulles et non avenues (cf. let. C.j *supra*).

Force est ainsi de constater qu'en raison de la dispense de l'obligation d'assurance en Suisse accordée par l'OCC avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2007, l'affiliation d'office du recourant auprès de la D. _____ dès le 1^{er} août 2007 doit être considérée comme nulle et non avenue, ainsi que l'OCC l'a précisé à la Caisse dans le courrier qu'elle lui a adressé le 30 avril 2010 (cf. let. C.i *supra*). En conséquence, les primes afférentes à la période du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009, qui font l'objet des commandements de payer à l'origine des décisions attaquées, ne sont pas dues par le recourant, ainsi que la D. _____ l'a expressément admis dans ses déterminations du 7 juillet 2010 (cf. let. C.k *supra*).

b) Tout en admettant que les primes afférentes à la période du 1^{er} août 2007 au 31 mars 2009 ne sont pas dues, la D. _____ soutient que les frais engendrés afin de recouvrer les primes en cause - à savoir 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 30 fr. pour frais de sommation pour les primes afférentes à la période du 1^{er} août 2007 au 31 décembre 2007 (poursuite n° 5075789), 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 60 fr. pour frais de sommation pour les primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008 (poursuite n° 5075793), respectivement 80 fr. pour frais d'ouverture de dossier et 90 fr. pour frais de sommation pour les primes afférentes à la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2009 (poursuite n° 5075835) - resteraient dues par le recourant (cf. let. C.k *supra*).

La caisse intimée ne saurait toutefois être suivie sur ce point. Il résulte de l'art. 105b al. 3 OAMal, qui permet à l'assureur, à certaines conditions, de réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes (cf. consid. 3c *supra*), que ces frais ne peuvent être mis à la charge de ce dernier que s'il était bien débiteur des primes réclamées; en effet, les frais administratifs afférents au

recouvrement de primes constituent l'accessoire de celles-ci, et l'accessoire ne peut que suivre le sort du principal (cf. TF B 162/06 du 18 janvier 2008, consid. 6.1).

c) Dans ces conditions, ni les primes ni les frais administratifs pour lesquels l'intimée a prononcé la mainlevée des oppositions formées par le recourant aux commandements de payer notifiés dans les poursuites n° 5075789, n° 5075793 et n° 5075835 ne sont dues par le recourant, et les décisions de mainlevée doivent être intégralement annulées.

5. a) Il résulte de ce qui précède que les recours respectifs interjetés par Q. _____ contre les décisions sur opposition rendues le 27 août 2009 par la D. _____ (cf. let. B.d *supra*) doivent être admis dans la mesure où ils sont recevables (cf. consid. 2b *supra*) et les décisions attaquées réformées en ce sens que les décisions du 10 juillet 2009, par lesquelles la Caisse a levé les oppositions formées par le recourant aux commandements de payer notifiés dans les poursuites n° 5075789, n° 5075793 et n° 5075835 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Vevey (cf. let. B.d *supra*), sont annulées.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA).

c) Les conclusions du recourant tendant à l'allocation d'une indemnité de 500 fr. par dossier à titre de dépens (cf. let. C.a et C.j *supra*) doivent être rejetées. En effet, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPA-VD, qui concrétise à cet égard l'art. 61 let. g LPGA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause en remboursement des frais qu'il a engagés pour défendre ses intérêts. Selon l'art. 7 al. 1 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens alloués au recourant qui obtient gain de cause comprennent les frais d'avocat ou de représentant et les autres frais indispensables occasionnés par le litige. Or, en l'espèce, le recourant, qui a agi sans l'assistance d'un

avocat ou d'un représentant, n'a pas établi avoir engagé, pour défendre ses intérêts dans le litige qui l'oppose à la D._____, des frais indispensables qui justifieraient l'allocation, à la charge de l'intimée, d'une indemnité de 500 fr. par dossier à titre de dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Les recours interjetés par Q._____ contre les décisions sur opposition rendues le 27 août 2009 par la D._____ sont admis dans la mesure où ils sont recevables.

- II. Les décisions sur opposition attaquées sont réformées en ce sens que les décisions du 10 juillet 2009 par lesquelles la D._____ a levé les oppositions formées par le recourant aux commandements de payer n° 5075789, n° 5075793 et n° 5075835 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Vevey sont annulées.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Q._____, à 1800 Vevey;
- D._____, à [...];

- Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents, à 1014 Lausanne;
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne;

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 fédérale 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).

Le greffier :