

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 septembre 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**N.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 26 al. 1 et 61 let. a LPGA ; art. 6, 13 al. 2 let. a, 61 et 64a al. 1  
LAMal ; art. 90, 105a et 105b OAMal**

## **E n f a i t :**

**A. a)** Par jugement du 29 octobre 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a jugé que M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) était redevable des primes exigées par N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_ l ou l'intimée) pour les mois d'octobre à décembre 2013, ainsi que des frais administratifs relatifs à leur réclamation. Elle a par contre estimé que N. \_\_\_\_\_ n'était pas autorisée à englober dans sa créance les frais de commandement de payer facturés par l'Office des poursuites. Le Tribunal a donc confirmé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer prononcée par N. \_\_\_\_\_, à concurrence de 1'521 fr. 15, correspondant aux primes et frais administratifs, un intérêt de 5% courant sur le montant des primes dès le 10 mars 2014. La Cour de céans n'a pas suivi le recourant, qui contestait être valablement affilié auprès de N. \_\_\_\_\_ au motif qu'il n'avait jamais reçu la décision d'affiliation d'office rendue le 7 juillet 2010 par l'Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents (ci-après : OCC, dénommé « Office vaudois de l'assurance-maladie » [OVAM] depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012). Le Tribunal cantonal a constaté qu'en avril 2012 au plus tard, le recourant était en possession des éléments suffisants pour comprendre qu'il existait une problématique relative à une éventuelle affiliation auprès de N. \_\_\_\_\_, puisque celle-ci lui réclamait des primes, par le biais de poursuites. Conformément à son devoir de diligence, il devait réagir sans délai, afin d'obtenir la décision d'affiliation et la contester. Or, l'assuré n'avait pas réagi de la sorte, ni en 2012, ni même ultérieurement. La décision du 7 juillet 2010 était ainsi entrée en force et lui était opposable, indépendamment de sa prétendue notification irrégulière (CASSO AM 29/14 - 47/2015, consid. 2b/aa).

**b)** Saisi d'un recours de M. \_\_\_\_\_, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt cantonal du 29 octobre 2015 dans un jugement du 15 juin 2016 (TF 9C\_919/2015). La Haute Cour s'est déterminée en ces termes :

« Dès lors que le recourant avait connaissance de l'existence d'un arriéré de primes en 2012 déjà et que les arguments invoqués ne permettent pas d'établir qu'il aurait alors contesté son affiliation d'office, il ne parvient pas à démontrer que les considérations des premiers juges seraient insoutenables ou contraire au droit. A cet égard, il invoque en vain l'ATF 129 I 8 sur le fardeau de la preuve de la notification d'une décision administrative ou judiciaire. L'instance précédente a en effet correctement rappelé la jurisprudence relative aux effets de l'absence de notification ou de la notification irrégulière d'une décision pour le destinataire ainsi que le rôle de la bonne foi en la matière, en particulier la diligence que l'on peut attendre du justiciable pour réagir dès la connaissance de la décision s'il entend s'y opposer (jugement attaqué consid. 2b/aa p. 8 s.). Elle a dûment fait application de ces règles dans le cas d'espèce, à l'inverse de ce que prétend le recourant sans le démontrer. Par conséquent, c'est à raison que la juridiction cantonale a admis que le recourant était valablement affilié auprès de l'intimée et en a ainsi déduit qu'il était redevable d'un montant de 1'521 fr. 15 à la caisse-maladie, correspondant aux primes des mois d'octobre à décembre 2013, les frais de poursuite n'étant pas compris dans la créance de l'intimée ».

**B.** Le 16 octobre 2015, N.\_\_\_\_\_ a émis le certificat d'assurance 2016 de M.\_\_\_\_\_, à teneur duquel la prime mensuelle pour l'assurance-obligatoire des soins s'élevait à 489 fr. 80.

Par envoi du 22 février 2016, N.\_\_\_\_\_ a transmis à l'assuré la facture des primes des mois d'avril à juin 2016, pour un montant mensuel de 489 fr. 80. Le 17 mai 2016, l'assureur a fait de même pour les primes des mois de juillet à septembre 2016, de même montant. Ces factures précisait que les primes mensuelles étaient à payer à l'avance, au plus tard le dernier jour du mois précédant la période concernée.

L'assuré ne s'étant pas acquitté des primes pour la période de mai à août 2016, N.\_\_\_\_\_ a procédé à leur recouvrement.

**a)** S'agissant des primes de mai 2016, N.\_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré un rappel le 17 mai 2016, d'un montant de 499 fr. 80, correspondant à la prime mensuelle, majorée de 10 fr. de frais de rappel. Le 20 juin 2016, l'assureur a envoyé une sommation, de 519 fr. 80, incluant la prime mensuelle de 489 fr. 80 et des frais de sommation de 30 francs. Cette sommation accordait à l'assuré un délai de paiement au 20 juillet 2016, faute de quoi une procédure de recouvrement serait engagée.

Les primes de juin 2016 ont fait l'objet d'un rappel du 20 juin 2016, portant sur le montant de 499 fr. 80 (489 fr. 80 de prime et 10 fr. de frais de rappel) Ce rappel a été suivi d'une sommation le 19 juillet 2016, pour un montant de 519 fr. 80 (prime de 489 fr. 80 et frais de sommation de 30 fr.). Un délai au 18 août 2016 était imparti à l'assuré pour s'acquitter de ce montant, à l'issue duquel une procédure de poursuite serait introduite.

Le 19 juillet 2016, N.\_\_\_\_\_ a adressé un rappel à l'assuré concernant les primes du mois de juillet 2016, d'un montant de 489 fr. 80, majoré de 10 fr. de frais. Faute de paiement, l'assureur a émis une sommation le 18 août 2016, portant sur le montant de 519 fr. 80, à régler d'ici au 17 septembre 2017, faute de quoi des poursuites seraient engagées.

Quant aux primes d'août 2016, elles ont fait l'objet d'un rappel le 18 août 2016, pour le montant de 499 fr. 80 (489 fr. 80 de prime et 10 fr. de frais de rappel), puis d'une sommation le 20 septembre 2016, pour le montant de 519 fr. 80 (prime de 489 fr. 80 et frais de sommation de 30 fr.), impartissant un délai de paiement au 20 octobre 2016, sous peine de poursuites.

Le 9 novembre 2016, à la réquisition de N.\_\_\_\_\_, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à M.\_\_\_\_\_ un commandement de payer n° [...]0 portant sur :

- 1'873 fr. 15 de primes d'assurance pour les mois de mai à août 2016, plus intérêt à 5% dès le 7 novembre 2016,
- 240 fr. de frais administratifs,
- 36 fr. 65 d'intérêts échus.

L'assuré a formé opposition totale à ce commandement de payer.

Par décision du 29 novembre 2016 notifiée sous pli recommandé, N.\_\_\_\_\_ a levé l'opposition de l'assuré, à hauteur de 2'113 fr. 15, comprenant des primes (1'873 fr. 15), des frais de sommation (120 fr.) et des frais d'ouverture de dossier (120 fr.).

**b)** Parallèlement, N.\_\_\_\_\_ a procédé à la réclamation des primes de janvier à avril 2015, procédure qui a abouti à une décision de mainlevée d'opposition du 25 novembre 2016.

**c)** Dans un acte unique du 29 décembre 2016, l'assuré a fait opposition aux décisions des 25 et 29 novembre 2016, contestant en substance être valablement affilié auprès de N.\_\_\_\_\_ depuis 2010.

**d)** Par deux décisions sur opposition du 24 mars 2017 distinctes, N.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition précitée et a respectivement confirmé les décisions de mainlevée des 25 et 29 novembre 2016.

**C.** Par acte du 24 avril 2017, M.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les deux décisions de N.\_\_\_\_\_ du 24 mars 2017, concluant :

« (...)

- Qu'il soit ordonné à l'assureur de fournir la preuve de la notification de mon affiliation d'office du 07/07/10 par l'OCC.
- Qu'il soit constaté que l'assureur fait preuve d'arbitraire en s'autorisant à ne pas me faire d'envoi recommandé pour les communications importantes sachant qu'il agit différemment avec les autres assurés de la même caisse.
- Qu'il soit ordonné à l'assureur de fournir la preuve de la notification de ma carte d'assuré me donnant accès à sa couverture.
- Qu'il soit prononcé la nullité des 2 décisions attaquées. »

Le recourant conteste en substance la validité de son affiliation d'office par l'OCC auprès de N.\_\_\_\_\_ en 2010. Au plan procédural, il a requis la jonction des causes relatives aux deux décisions sur opposition du 24 mars 2017.

Le 31 mai 2017, la juge en charge de l'instruction de la cause a rejeté ladite requête de jonction. La cause inhérente aux primes de janvier à avril 2015 a été enregistrée par la Cour de céans sous la référence AM 22/17, et celle relative aux primes de mai à août 2016 sous la référence AM 24/17.

Par réponse du 22 mai 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, indiquant notamment que la question de l'affiliation d'office par l'OCC dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 avait déjà fait l'objet d'un jugement rendu par la Cour de céans, confirmé par le Tribunal fédéral. A teneur de l'arrêt de la Haute Cour, la décision d'affiliation d'office du 7 juillet 2010 était opposable au recourant, sans qu'il n'y ait à se prononcer une nouvelle fois sur ce grief.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent ; il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure 30'000 fr. (primes de l'assurance obligatoire des soins des mois de mai à août 2016, ainsi que les frais administratifs relatifs à leur réclamation), la cause doit être tranchée par un membre de la Cour 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. Le litige est en effet circonscrit par la décision attaquée. Ainsi, en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le présent litige, circonscrit par la décision attaquée - savoir la décision sur opposition du 24 mars 2017 relative aux primes d'assurance de mai à août 2016 - porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer lesdites primes et à lever l'opposition formée par le recourant à l'encontre du commandement de payer notifié dans le cadre de la poursuite n° [...]0. Ainsi, des conclusions du recourant, seule est recevable celle tendant à l'annulation de la décision du 24 mars 2017. Les autres conclusions, sortant de l'objet du litige, n'ont pas à être examinées par la Cour de céans.

**3. a)** L'assurance obligatoire des soins est fondée sur l'affiliation obligatoire : toute personne domiciliée en Suisse au sens des art. 23 à 26 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) est tenue de

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 en Suisse ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal et 1 al. 1 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102] ; cf. également l'art. 13 al. 1 LPGA ; sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4 ; TF 9C\_750/2009 consid. 2.1 et les références). Sont en outre tenus de s'assurer les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour, au sens des art. 32 et 33 de la loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers (LEtr ; RS 142.20), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal en relation avec l'art. 3 al. 3 let. a LAMal).

Les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6 al. 1 LAMal). 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 (art. 6 al. 2 LAMal). L'OCC, et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'OVAM, est chargé du contrôle de l'obligation de s'assurer, en collaboration avec les agences d'assurances sociales, les assureurs, les employeurs, les assurés, les services administratifs cantonaux et communaux, en conformité aux dispositions légales, fédérales et cantonales (art. 3 al. 1 LVLAMal [loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; RSV 832.01]). Lorsqu'une personne soumise à l'obligation de s'assurer ne s'affilie pas dans le délai fixé par la LAMal, l'OVAM y procède d'office selon une répartition équitable entre les assureurs en tenant compte, le cas échéant, de l'affiliation des autres membres du ménage ainsi que du montant de la prime ; l'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée (art. 6 al. 2 LVLAMal). L'OVAM est chargé notamment d'affilier d'office auprès d'un assureur les personnes soumises à l'obligation de s'assurer lorsque celles-ci, ou leurs représentants légaux, n'ont pas manifesté leur choix ou refusent toute affiliation (art. 8 al. 1 let. a RLVLAMal [règlement du 18 septembre 1996 concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; RSV 832.01.1]). Les personnes tenues d'annoncer leur arrivée au contrôle des habitants, et qui répondent aux conditions de l'obligation de s'assurer, pourvoient à leur affiliation auprès

d'un assureur dans les trois mois suivant leur arrivée. Passé ce délai, l'OVAM procède à l'affiliation d'office (art. 13 al. 1 RLVLAMal).

**b)** A l'appui de son recours, M. \_\_\_\_\_ remet une nouvelle fois en discussion la question de la validité de son affiliation d'office par l'OCC auprès de N. \_\_\_\_\_ en 2010. Or, dite affiliation a été confirmée en instances cantonale (CASSO AM 29/14 - 47/2015 du 29 octobre 2015) et fédérale (TF 9C\_919/2015 du 15 juin 2016). Ce point a ainsi acquis force de chose jugée, de sorte qu'il ne peut pas faire l'objet d'un nouvel examen dans le cadre de la présente cause, l'assuré n'alléguant au demeurant pas s'être affilié auprès d'une autre caisse dans l'intervalle. Dès lors, son affiliation à la caisse intimée ne saurait être remise en cause, avec pour conséquence qu'il a l'obligation de s'acquitter des primes d'assurance corrélatives (cf. TFA K 218/05 du 14 août 2006 consid. 4, K 198/06 du 1<sup>er</sup> février 2007 consid. 3.3).

Il reste cependant à examiner si le montant exigé par N. \_\_\_\_\_ dans le cadre de la poursuite n° [...]0 est justifié.

**4. a)** Par la décision sur opposition du 24 mars 2017, l'intimée a confirmé la mainlevée de l'opposition pour un montant de 2'113 fr. 15, selon le détail suivant :

- primes de l'assurance obligatoire des soins de mai à août 2016, pour un montant de 1'873 fr. 15,
- 120 fr. de frais de sommation,
- 120 fr. de frais d'ouverture de dossier.

Il convient dès lors déterminer si c'est à bon droit que l'intimée fait valoir une créance de 2'113 fr. 15 à l'encontre du recourant.

**b)** Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Les assureurs

ne sont pas libres de choisir de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts ; tout à l'inverse sont-ils obligés de le faire 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). Dès lors, les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1 ; cf. TFA K 88/05 du 1er septembre 2006, consid. 2.2 et les références citées). Les caisses-maladie sont habilitées à lever elles-mêmes les oppositions éventuelles aux commandements de payer, par une décision sujette à opposition selon l'art. 52 LPGA (ATF 107 III 60, 121 V 109 et 125 V 266 consid. 6c). Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (TF 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011, consid. 5.1 ; voir ATF 131 V 147).

L'art. 64a al. 1 LAMal dispose que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (art. 64a al. 2, première phrase, LAMal). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (art. 64a al. 8, deuxième phrase, LAMal).

Selon l'art. 105b OAMal, en cas de non-paiement par l'assuré des primes ou des participations aux coûts, l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (art. 105b al. 1 OAMal). Lorsque l'assuré a causé par sa faute

des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (art 105b al. 2 OAMal). Les frais de rappel, respectivement de dossier, constituent l'accessoire de la créance ; selon la jurisprudence, l'assureur ne peut les mettre à la charge de l'assuré qu'à la double condition que cette mesure soit prévue par les conditions générales d'assurance et qu'il y ait faute de la part de l'intéressé (ATF 125 V 276). Il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige l'assureur à lui adresser des rappels l'exhortant à s'acquitter de ses cotisations (TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6 *in fine*).

Selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Aux termes de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Le *dies a quo* de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]).

**c)** A teneur du certificat d'assurance établi le 16 octobre 2015 par N.\_\_\_\_\_, la prime d'assurance prévalant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 s'élève à 489 fr. 80. Pour la période litigieuse, soit de mai à août 2016, le recourant est ainsi redevable d'une prime totale de 1'959 fr. 20. L'intimée était donc fondée à lever l'opposition à hauteur de 1'873 fr. 15 s'agissant des primes d'assurance.

**d)** Les primes litigieuses ont fait l'objet de rappels et de sommations sans que le recourant n'invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'il doit également supporter les frais administratifs qu'il a occasionnés (cf. art. 105b al. 2 OAMal). Il ressort de

l'art. 3.1 des « Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, édition 01.01.2011 », que passée l'échéance de paiement indiquée sur la facture, l'assureur peut percevoir des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. Le montant de 240 fr. (120 fr. de frais de sommation et 120 fr. de frais d'ouverture de dossier) réclamé à ce titre par l'intimée n'est ni disproportionné ni arbitraire. Il apparaît au contraire approprié, dans la mesure où l'intimée a dû procéder à quatre rappels, quatre sommations et requérir la poursuite des primes litigieuses (cf. ATF 125 V 276).

**e)** Les primes des mois de mai à août 2016 auraient respectivement dû être acquittées les 30 avril, 31 mai, 30 juin et 31 juillet 2016. Il ressort au commandement de payer n° [...]0 que l'intimée a fixé le *dies a quo* au 7 novembre 2016. Il n'y a pas lieu de remettre en cause cette échéance, au demeurant favorable au recourant, qui ne la conteste d'ailleurs pas.

**f)** La poursuite intentée par N.\_\_\_\_\_ pour le recouvrement des primes de mai à août 2016 était en conséquence légitime dans son principe comme dans sa quotité. Sa prétention étant intégralement justifiée, c'est à juste titre qu'elle a prononcé et confirmé la mainlevée de l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer n° [...]0 à concurrence du montant de 2'113 fr. 15.

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 24 mars 2017 par N.\_\_\_\_\_ doit être confirmée.

**b)** Selon l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en droit des assurances sociales est gratuite, sous réserve d'une procédure menée de manière téméraire ou avec légèreté. Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité, la témérité devant en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de

vue manifestement contraire à la loi (cf. ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité : il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (cf. TF 9C\_438/2014 et 9C\_665/2014 du 23 décembre 2014 consid. 6.1 avec les références citées).

En l'occurrence, force est de constater que dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant a essentiellement invoqué des motifs déjà soulevés devant la Cour de céans et sur lesquels cette dernière s'était déjà prononcée dans le cadre de son arrêt du 29 octobre 2015. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral, le 15 juin 2016. L'attitude du recourant, qui revient en définitive à faire abstraction d'un jugement fédéral entré en force, relève en soi de la témérité. Le recourant est dès lors averti que s'il devait à l'avenir s'obstiner à faire fi des conclusions de la Cour de céans et du Tribunal fédéral s'agissant de la question de son affiliation d'office auprès de N.\_\_\_\_\_, un éventuel nouveau recours auprès du Tribunal cantonal pourra être considéré comme téméraire au sens de l'art. 61 let. a LPGA, ce qui impliquerait la mise à sa charge de frais de justice.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, qui a au demeurant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'ayant pas eu gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA, 45 et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

**II.** La décision sur opposition rendue le 24 mars 2017 par N.\_\_\_\_\_ est confirmée, en ce sens que l'opposition au

commandement de payer dans la poursuite n° [...]0...] de l'Office des poursuites du district de ...][...] est levée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. \_\_\_\_\_,
- N. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :