

VD_GERICHTE ZE14.032370 vom 29. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE14.032370

FR: VD_GERICHTE ZE14.032370 du 29 octobre 2015

IT: VD_GERICHTE ZE14.032370 del 29 ottobre 2015

Erwägungen

E. 8

francs. L'assuré a formé opposition totale à cette poursuite. Par décision du 9 avril 2014, G._____ a levé l'opposition formée par l'assuré contre le commandement de payer n° [...]1, à hauteur de 1'594 fr. 45. Le 10 mai 2014, V._____ a fait opposition à la décision du

E. 9

avril 2014, en contestant son affiliation auprès de G._____. Par décision sur opposition du 9 juillet 2014, G._____ a confirmé la décision du 9 avril 2014 et rejeté l'opposition du 10 mai 2014 « au commandement de payer n° [...]1 ». C. Par acte du 10 août 2014, V._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 9 juillet 2014, dont il conclut en substance à l'annulation, notamment au motif que l'assureur n'a pas statué dans un délai de 30 jours. Il requiert la radiation de la poursuite n° [...]1 et demande à ce que le Tribunal ordonne à la partie intimée de lui communiquer toutes les décisions et procédures antérieures. Il conclut également à être libéré de tout frais. Dans sa réponse du 16 septembre 2014, G._____ conclut au rejet du recours, à la confirmation de la décision sur opposition et à ce que le recourant soit débouté de toute autre ou contraire conclusion. L'intimée fait en substance valoir qu'ensuite de l'affiliation d'office prononcée par l'OCC, le recourant est affilié auprès d'elle depuis le 1er juillet 2010 et qu'à

- 5 - ce titre, les primes relatives aux mois d'octobre à décembre 2013 sont dues. Dans sa réplique du 10 octobre 2014, le recourant a demandé que l'ordre soit donné à l'intimée de lui communiquer « un exemplaire des copies de toutes ses décisions, et toutes les décisions de l'autorité judiciaire, et de toutes les procédures antérieures, et surtout, de toutes les preuves d'envois postaux depuis le 21 octobre 2010 [le] concernant ». Par duplique du 4 novembre 2014, l'intimée a relevé que l'assuré avait systématiquement reçu toute sa correspondance aux adresses qui lui avaient été indiquées par les « services cantonaux ». Par écriture du 8 décembre 2014, le recourant a complété ses conclusions en ces termes :

- 6 - « (...) I. La nullité de la confirmation par G._____ de mon affiliation du 21.10.10. II. La possibilité de choisir ma couverture assurance-maladie auprès d'O._____ avec la franchise désirée de 2'500 FCH. III. L'irrecevabilité de la décision adverse du 09.07.14. IV. La libération de toutes charges dans la mesure où le Tribunal voudrait bien prendre en considération mes modestes ressources financières dues à ma situation de chercheur. » Le recourant fait valoir en particulier qu'il considère ne pas être affilié auprès de l'intimée dans la mesure où il n'a reçu ni la communication de l'OCC du 8 octobre 2010 ni le courrier de l'intimée du 21 octobre 2010. A ses dires, c'est après avoir soumis une demande d'affiliation à O._____ en avril 2012 qu'il a appris de cette caisse qu'aucune affiliation

n'était possible en raison de ses « arriérés avec la partie adverse qu'il fallait préalablement régler ». L'assuré invoque également qu'il n'a pris domicile en Suisse qu'en juin 2011. Il argue enfin du fait qu'en sa qualité de chercheur étranger, il aurait pu être dispensé de souscrire à une couverture d'assurance-maladie en Suisse jusqu'à la fin 2013. A l'appui de son écriture, il a notamment produit : - une proposition d'assurance auprès d'O. _____ en vue d'une affiliation dès le 1er avril 2012, - un communiqué de l'Office fédéral de la santé publique concernant l'assurance des chercheurs étrangers, obligatoire dès le 1er janvier 2014, - un procès-verbal de saisie du 20 juillet 2012, retenant que l'assuré habitait à l'adresse « L. _____ » à Lausanne et avait pour seul revenu son activité occasionnelle d'enseignant pour I. _____, et lui accordant un délai jusqu'au 30 juillet 2012 afin d'obtenir le retrait des créanciers, - un courrier de l'assuré à G. _____ du 10 mai 2013, par lequel l'intéressé « s'opposait à un commandement de payer no [...]0 », dès lors qu'il contestait toute affiliation auprès de l'assureur. Se déterminant le 5 janvier 2015, l'intimée a relevé que le recourant avait apparemment attendu la mise en œuvre d'une saisie pour contester son affiliation d'office auprès de G. _____, voire même le

- 7 - moment auquel il avait souhaité s'affilier auprès d'un autre assureur, plus de deux ans après son affiliation d'office. D. Par lettre du 15 janvier 2015, le Tribunal a requis de l'OVAM la production des documents relatifs à l'affaire en cause. Le 12 février 2015, l'OVAM a fait savoir à la Cour de céans qu'il était intervenu auprès de G. _____ pour l'assurance obligatoire des soins du 1er juillet 2010 au 31 mars 2012, pour un montant de 7'294 fr. 60. Par envoi du 23 février 2015, l'office a en outre produit : - une communication du 28 mai 2010 par laquelle l'Agence communale d'assurances sociales de la Ville de Lausanne dénonçait l'assuré à l'OCC, mentionnant une entrée en Suisse le 29 janvier 2010 et un enregistrement au Contrôle des habitants le 18 février 2010, à l'adresse : « U. _____, Avenue de X. _____, [...] Lausanne », - un courrier du 3 juin 2010 de l'OCC, adressé à l'avenue X. _____ à Lausanne, invitant le recourant à s'affilier d'ici au 2 juillet suivant auprès d'un assureur reconnu conformément à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10, LAMal), à défaut de quoi il serait procédé à son affiliation d'office auprès d'une caisse-maladie agréée, - une décision de l'OCC du 7 juillet 2010 adressée à l'assuré en recommandé à l'adresse « P.a. U. _____, Av. de X. _____, [...] Lausanne », informant l'intéressé de son affiliation d'office auprès de G. _____ pour l'assurance obligatoire des soins avec effet au 1er juillet 2010 (franchise annuelle de 300 fr. et couverture du risque accident), dite décision précisant qu'elle était sujette à opposition dans les trente jours, - un courrier recommandé du 8 octobre 2010 par lequel l'OCC demandait à G. _____ d'affilier d'office le recourant pour l'assurance obligatoire des soins dès le 1er juillet 2010,

- 8 - - un certificat d'assurance 2010 daté du 19 novembre 2010 délivré par G. _____ pour l'assurance obligatoire des soins, mentionnant une prime mensuelle de 395 francs. Par courrier du 21 mars 2015, le recourant s'est déterminé sur les pièces produites par l'OVAM et a confirmé ses conclusions. Il a en substance nié avoir reçu la décision du 7 juillet de l'OCC et avoir eu connaissance du lien d'assurance avant mars 2012, date de la première saisie opérée par l'Office des poursuites pour le compte de G. _____. En tout état de cause, arguant du fait que son autorisation de séjour n'a été établie que le 12 juillet 2010 et que son établissement effectif en Suisse n'a été enregistré qu'au 1er juin 2011, soit à des dates postérieures à son affiliation d'office au 1er juillet 2010, il estime ne pas être astreint à se soumettre à la décision de l'OCC. L'assuré a encore soutenu que le courrier du 21

octobre 2010 de G. _____ était un faux dans la mesure où il était antérieur au certificat d'assurance du 19 novembre 2010. Dans sa réponse du 8 avril 2015, l'intimée a constaté que les pièces au dossier attestaient une entrée en Suisse le 29 janvier 2010 ; elle a au surplus nié que sa correspondance du 21 octobre 2010 soit constitutive d'un faux. 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). 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).

- 9 - En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de l'assuré dans le canton de Vaud ; 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). 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 9 juillet 2014 - porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer les primes d'assurance d'octobre à décembre 2013 et à lever l'opposition formée par le recourant à l'encontre du commandement de payer notifié dans le cadre de la poursuite n° [...]. 1. aa) Cela étant, la Cour de céans n'a pas à trancher la question de la validité de la décision d'affiliation d'office rendue par l'OCC

- 10 - le 7 juillet 2010, laquelle sort manifestement de l'objet du litige au sens rappelé par la jurisprudence précitée. Les griefs soulevés par le recourant à l'encontre de cette dernière décision sont donc irrecevables. Cette conclusion s'impose nonobstant le fait que le recourant affirme ne jamais avoir reçu ladite décision de l'OCC. A teneur des éléments figurant au dossier de l'OVAM, cette décision lui a été envoyée en recommandé, à l'adresse « P.a. U. _____, av. de X. _____, [...] Lausanne ». Elle était sujette à opposition auprès de l'OCC, dans un délai de 30 jours dès notification, selon l'art. 52 al. 1 LPGA. La notification d'une décision d'affiliation à l'assurance-maladie en vertu de l'art. 6 LAMal est régie par les dispositions de la LPGA (cf. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., 2009, art. 52 n° 11). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 49 al. 3 LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment

garantie lorsque la notification irrégulière atteint malgré tout son but. Tant qu'elle ne leur a pas été notifiée, la décision n'est pas nulle mais simplement inopposable à ceux qui auraient dû en être les destinataires et elle ne peut dès lors les lier. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi la personne à qui un acte n'a pas été notifié est tenue de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner le prononcé, à défaut de quoi elle risque de se voir opposer l'irrecevabilité de son recours pour cause de tardiveté (TF 2C_318/2009 du

E. 10

décembre 2009 consid. 3.3 et la référence citée). Elle doit agir dans un délai raisonnable aussitôt qu'elle a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la situation (122 I 97 consid. 3a/aa, 111 V 149 consid. 4c et les références ; RAMA 1997 no U 288 p. 442 consid. 2b/bb). Dès lors, une partie qui connaît ou doit connaître l'existence d'un prononcé la concernant mais qui n'entreprend aucune démarche pour en obtenir la communication agit de manière contraire à la bonne foi (ATF 129 II 193 consid. 1 ; TF 8C_188/2007 du 4 mars 2008 consid. 4.1.2 et la référence). Elle doit en conséquence se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'elle peut en soupçonner l'existence, et y réagir, sous peine

- 11 - de se voir opposer l'irrecevabilité d'un éventuel moyen pour cause de tardiveté (134 V 306 consid. 4.2). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déferée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). Le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises jugé que le délai de recours est respecté lorsque le recourant agit dans les trente jours à compter du moment où il pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée (ATF 102 Ib 91 consid. 4). Ce principe vaut pour tous les domaines du droit, notamment pour le droit administratif (RDAT 2000 I n. 14t p. 655 consid. 3b, 2P.434/1998 ; RDAT 1999 II n. 19t p. 360 consid. 4b/bb/, 2P.144/1998 et les arrêts cités). Ainsi, même dans l'hypothèse où le recourant n'aurait pas reçu la décision du 7 juillet 2010 de l'OCC, ce qu'il n'appartient pas à la Cour de céans de vérifier dès lors que cette question n'entre pas dans l'objet du litige, force est de constater qu'en 2012 au plus tard, comme il l'indique lui-même à la Cour de céans le 8 décembre 2014, l'assuré a appris qu'un arriéré de primes réclamé par G. _____ empêchait son affiliation auprès d'O. _____ dès avril 2012. Toujours selon les explications fournies par le recourant dans son écriture du 21 mars 2015, c'est également au printemps 2012 qu'ont débuté les premières saisies opérées par l'Office des poursuites du district de Lausanne pour le compte de G. _____. A ce moment-là 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 l'intimée, puisque celle-ci lui réclamait le paiement de primes. Conformément au devoir de diligence qui lui incombait, il devait alors réagir sans délai, afin d'obtenir la décision d'affiliation d'office et la contester. Or, le recourant n'a agi de la sorte ni en 2012, ni même après avoir, selon ses affirmations, pris connaissance de la décision de l'OCC dans le cadre de la présente procédure. Au vu de ce qui précède, l'argumentation du recourant selon laquelle la décision de l'OCC du 7 juillet 2010 ne saurait lui être opposée

- 12 - faute de notification régulière ne peut être prise en compte, la Cour de céans retenant que dite décision est entrée en force. On notera d'ailleurs à cet égard que ce n'est que dans son écriture du 21 mars 2015 que le recourant invoque pour la première fois ce grief. bb) La conclusion du recourant tendant à ce que le Tribunal lui reconnaisse le droit de changer

d'assureur et de franchise est également irrecevable. Dès lors qu'un changement rétroactif d'assureur n'est pas autorisé par la loi (art. 7 et 64a al. 6 LAMal), une telle demande ne peut en effet porter que sur un changement futur et outrepasser dès lors le cadre du présent litige qui porte uniquement sur le bien-fondé des primes réclamées par l'intimée pour la période du 1er octobre au 31 décembre 2013. Tel est aussi le cas de la conclusion du recourant portant sur la production par la partie intimée de toutes les décisions et autres pièces relatives à des procédures de recouvrement antérieures ; la Cour de céans n'a donc pas à entrer en matière sur une telle demande. 3. a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la validité de la décision sur opposition du 9 juillet 2014 au motif qu'elle a été rendue plus de trente jours après le dépôt de son opposition. Relevant qu'il a disposé pour sa part d'un délai de 30 jours pour réagir contre ladite décision, l'assuré estime que l'intimée aurait elle aussi dû agir dans un même délai. Ce grief n'emporte toutefois pas la conviction. b) La loi ne prévoit en effet aucun parallélisme s'agissant du délai imparti aux assurés pour former opposition à l'encontre des décisions qu'ils contestent (30 jours selon l'art. 52 al. 1 LPGA) et celui incombant aux autorités pour statuer sur lesdites contestations. D'une manière générale, en vertu de l'art. 29 al. 1 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Selon la jurisprudence, il y a retard injustifié à statuer, au sens cette disposition, lorsque l'autorité

- 13 - administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui appartient de prendre dans le délai prévu par la loi ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1; TF 9C_433/2009 du 19 août 2009, consid. 2.1). En matière d'opposition, selon l'art. 52 al. 2 LPGA, il incombe à l'autorité de statuer dans un « délai approprié ». Les art. 29 al. 1 Cst et 52 al. 2 LPGA consacrent le principe de célérité en ce sens qu'ils prohibent tous deux le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable, ou approprié, de la durée de la procédure s'apprécie en fonction de la nature de l'affaire et des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable (ATF 125 V 188 consid. 2a ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4, 9C_441/2010 du 6 avril 2011, consid. 2). Entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et 125 V 188 consid. 2a ; TF 9C_433/2009 du 19 août 2009, consid. 2.1). En l'espèce, l'intimée a statué sur l'opposition du recourant dans un délai de deux mois. Ce laps de temps reste clairement « approprié » au sens de l'art. 52 al. 2 LPGA. On ne saurait donc reprocher à G. _____ un quelconque retard à statuer. 4. Sur le fond, par le biais de la poursuite no [...]1 litigieuse, l'intimée a réclamé le paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins d'octobre à décembre 2013, pour un montant de 1'311 fr. 15 plus intérêt de 5% l'an dès le 10 mars 2014, ainsi que de 90 fr. de frais de sommation et 120 fr. de frais d'ouverture de dossier, auxquels s'ajoutaient les frais de poursuite par 73.30 fr. (frais de commandement de payer) et 8 fr. (frais d'encaissement). De son côté, le recourant conteste devoir payer des primes à G. _____ pour la période litigieuse, au motif qu'il n'a selon lui jamais été affilié à dite caisse, ou tout au moins n'en a jamais été informé, et en tous les cas n'aurait pas dû l'être.

- 14 - Il convient dès lors en premier lieu d'examiner si le recourant était affilié auprès de l'intimée pour l'assurance obligatoire des soins durant la période courant du 1er octobre au

31 décembre 2013. 5. 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 ; 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 1er 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 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LVLAMal, 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

- 15 - représentants légaux, n'ont pas manifesté leur choix ou refusent toute affiliation (art. 8 al. 1 let. a du Règlement du 18 septembre 1996 concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, RLVLAMal, 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) Le recourant conteste toute affiliation auprès de l'intimée, dans la mesure où il n'a – à ses dires – jamais reçu ni le courrier et la décision d'affiliation d'office de l'OVAM des 3 juin et 7 juillet 2010, ni la confirmation d'affiliation du 21 octobre 2010 de G._____. Il argue également du fait qu'il n'était pas domicilié en Suisse au moment où son affiliation d'office a été prononcée et qu'en sa qualité de professeur et chercheur étranger, il n'était pas soumis à l'obligation de s'affilier auprès d'une caisse-maladie suisse avant le 1er janvier 2014. aa) Peu importe tout d'abord que l'assuré ait reçu, ou non, la lettre de l'OCC du 3 juin 2010 et la confirmation d'affiliation de G._____ du 21 octobre 2010. Son affiliation dès le 1er juillet 2010 auprès de l'intimée ne repose en effet pas sur ces courriers, mais sur la décision formelle d'affiliation d'office rendue le 7 juillet 2010 par l'OCC. bb) Pour ce qui a trait à la décision de l'OCC du 7 juillet 2010, comme développé ci-dessus (cf. consid. 2b/aa supra), il n'appartient pas à la Cour de céans d'en contrôler la validité. Cette question sort en effet de l'objet du litige, dont le cadre est délimité par la décision attaquée, savoir la décision sur opposition rendue par G._____ le 9 juillet 2014, confirmant la levée de l'opposition formée par l'assuré dans le cadre de la poursuite no [...]1 intentée par l'intimée tendant au paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins d'octobre à décembre 2013. Sans

donc entrer en matière sur les arguments de fond soulevés par le recourant à l'encontre de la décision de l'OCC du 7 juillet

- 16 - 2010, on observera cependant que tant au moment de l'établissement de son passeport français, en octobre 2009, que lorsqu'il a déposé une demande de titre de séjour pour l'exercice d'une activité dans le canton de Vaud le 15 janvier 2010, le recourant a indiqué aux autorités compétentes être domicilié à l'avenue de X. _____ à Lausanne. Le permis de séjour délivré à l'intéressé le 12 juillet 2010 indique également la même adresse, valable depuis le 29 janvier 2010. Quant à l'Agence communale d'assurances sociales de Lausanne, elle a bien annoncé à l'OCC, dans sa communication du 28 mai 2010, que le recourant était entré en Suisse le 29 janvier 2010 et avait été enregistré au Contrôle des habitants le 18 février 2010, toujours à l'avenue de X. _____ à Lausanne. Enfin, dans sa communication du 22 février 2013, le Service du Contrôle des habitants de Lausanne a attesté que V. _____, en provenance de D. _____ en K. _____, avait sa résidence principale à Lausanne depuis le 29 janvier 2010. Tous ces éléments, découlant pour la plupart des déclarations- mêmes du recourant, convergent vers un domicile à Lausanne dès janvier 2010. Le recourant, s'il conteste tout domicile à Lausanne avant juin 2011, ne fournit pourtant aucun élément permettant de retenir, comme il le soutient, qu'il était domicilié en K. _____ durant l'année 2010 et le premier semestre 2011. On relèvera à cet égard qu'à aucun moment il ne fait ne serait-ce que mention de l'adresse qui aurait été la sienne en K. _____ durant cette période. Le fait que le recourant ait apparemment séjourné aux Etats-Unis du 15 octobre 2010 au 14 janvier 2011 ne permet pas d'apprécier la situation sous un autre angle, dans la mesure où un séjour temporaire à l'étranger sans y constituer un nouveau domicile laisse inchangé le domicile initial (cf. art. 24 al. 1 CC en relation avec l'art.

E. 13

al. 1 LPGa). Comme le recourant ne fournit aucun indice démontrant la constitution d'un nouveau domicile à l'étranger dès octobre 2011 et reconnaît être revenu en Suisse pour poursuivre ses activités lucratives au moins à partir de l'été 2011, voire précédemment pour accomplir un remplacement d'une enseignante pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 2010/2011, son séjour à l'étranger à partir d'octobre 2011 pour y suivre un congrès a laissé inchangé le domicile à Lausanne.

- 17 - En tout état de cause, l'assuré était aussi soumis à l'affiliation obligatoire à l'assurance des soins en raison de l'autorisation de séjour pour l'exercice d'une activité lucrative qui lui a été délivrée le 12 juillet 2010 (art. 1 al. 2 let. a OAMal) et dont le recourant a continué de se prévaloir après son séjour à l'étranger, y compris à l'occasion de la présente procédure. En outre, c'est également à tort que le recourant soutient que son statut de professeur et/ou de chercheur le dispensait de l'obligation de souscrire à une couverture d'assurance-maladie en Suisse. En vertu de l'art. 2 al. 4bis OAMal, tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2013 (RO 2002 915, RO 2013 4523), les enseignants et les chercheurs qui séjournaient en Suisse dans le cadre d'un enseignement ou d'une recherche étaient exceptés sur requête de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins, pour autant que pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête devait être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires. L'autorité cantonale compétente pouvait excepter ces personnes de l'obligation de s'assurer pour trois années au plus. Sur requête, l'exception pouvait être prolongée pour

trois autres années au plus. L'intéressé ne pouvait revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières. Or en l'espèce, le recourant n'a jamais déposé une telle requête d'exemption. Il ne l'a même pas fait après s'être renseigné en avril 2012 auprès d'un autre assureur suisse sur le montant des primes. Il ne peut donc pas déduire de l'existence de cette possibilité d'exemption un droit à une libération a posteriori de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins même s'il avait par hypothèse rempli les conditions posées par l'art. 2 al. 4bis OAMal. c) En définitive, aucun élément au dossier ne permet à la Cour de céans de s'éloigner de la solution retenue par l'intimée, à savoir que, sur la base et selon les termes de la décision d'affiliation d'office de l'OCC du 7 juillet 2010, le recourant est affilié auprès de G._____ depuis le 1er juillet 2010. Dès lors que l'assuré ne démontre pas avoir changé

- 18 - d'assureur aux conditions de l'art. 7 et de l'art. 64a al. 6 LAMal avant la période du 1er octobre au 31 décembre 2013, force est de constater que durant la période litigieuse, il était toujours assuré auprès de l'intimée en vertu de la décision du 7 juillet 2010. 6. a) 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 primes d'assurance-maladie doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (cf. art. 90 OAMal). Les assureurs ne sont pas libres de choisir de recouvrer 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

- 19 - 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 (al. 2, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase). 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 (al. 1). 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 (al. 2). b) A teneur du certificat d'assurance établi le 17 octobre 2012 par G. _____, la prime d'assurance prévalant depuis le 1er janvier 2013 s'élevait à 437 fr. 05. Pour la période litigieuse, soit octobre à décembre 2013, le recourant est ainsi redevable d'une prime totale de 1'311 fr. 15, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. c) 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 (selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois) 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]). En l'occurrence, les primes auraient respectivement dû être acquittées entre le 1er octobre et le 1er décembre 2013. L'échéance moyenne de ces périodes correspond au 15 novembre

- 20 - 2013. En fixant le dies ad quo au 10 mars 2014, l'intimée a ainsi retenu une solution favorable au recourant, qu'il n'y a pas lieu de remettre en question en l'espèce. 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 210 fr. (90 fr. de frais de sommation et 120 fr. de frais d'ouverture de dossier) réclamé à ce titre par l'intimée apparaît au demeurant approprié, dans la mesure où elle a dû procéder à trois rappels, trois sommations et requérir la poursuite des primes litigieuses. e) Enfin, les frais facturés par l'Office des poursuites (73 fr. 30 et 8 fr.) suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP). Ils ne peuvent donc être englobés dans la créance de l'intimée. f) La prétention de l'intimée n'étant pas fondée s'agissant des frais de commandement de payer (73 fr. 30), c'est à tort qu'elle a levé l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer no [...]1 à concurrence du montant de 1'594 fr. 45. 7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition rendue le 9 juillet 2014 par G. _____ doit être réformée en ce sens que l'opposition au commandement de payer n° [...]1 est levée à concurrence du montant de 1'521 fr. 15 (consistant en 1'311 fr. 15 de primes, auxquels il convient d'ajouter un intérêt moratoire de 5% dès le 10 mars 2014, et 210 fr. de frais administratifs [90 fr. de frais de sommation et 120 fr. de frais d'ouverture de dossier]).

- 21 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. a et g LPGA, 45 et 55 LPA-VD).