

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

E._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard
Séchaud, avocate à Lausanne,

et

R._____, à [...], intimée.

Art. 3, 49 al. 1 et 3, 56 al. 2 et 59 LPGA; 75 LPA-VD

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a sollicité l'intervention de l'assurance-chômage à compter du 1^{er} juillet 2009 et a été mise au bénéfice d'un délai-cadre d'indemnisation du 1^{er} juillet 2009 au 30 juin 2011 avec un droit maximum à 400 indemnités de chômage.

L'assurée s'est affiliée dès le 1^{er} juillet 2009 auprès de R._____ (ci-après : R._____ ou l'intimée) pour l'assurance indemnités journalières [...]. La police d'assurance LAMal prévoyait une indemnité journalière de 86 fr. par jour en cas de maladie avec un délai d'attente de trente jours, montant valable dès le 1^{er} juillet 2009.

L'assurée a annoncé le 6 janvier 2010 à R._____ une incapacité de travail à partir du 7 septembre 2009. Par courrier du 8 février 2010, R._____ a informé l'assurée que malgré son annonce tardive, des prestations lui seraient versées dès le 7 septembre 2009. Au vu des décomptes de prestations d'R._____ des 23 février 2010 et 29 mars 2010, l'assurée a perçu des indemnités journalières au titre de l'assurance individuelle selon la LAMal pour une période d'incapacité totale de travail du 7 septembre 2009 au 31 décembre 2009.

L'assurée a annoncé le 13 septembre 2010 à R._____ une nouvelle incapacité totale de travail dès le 3 mai 2010. Sur la base des décomptes de prestations d'R._____ des 12 octobre 2010, 16 novembre 2010, 7 décembre 2010, 11 janvier 2011, 14 février 2011 et 28 mars 2011, l'assurée a perçu des indemnités journalières pour la période du 3 mai 2010 au 31 mars 2011.

Dans son évaluation du 6 janvier 2011, la Dresse L._____, médecin-conseil d'R._____, a indiqué que l'assurée présentait un diabète de type I très labile, ainsi que des souffrances psychiques et que l'on ne pouvait attendre une amélioration. A la question de savoir si une

expertise était nécessaire, la Dresse L._____ a répondu par l'affirmative, ajoutant «pour l'AI aller jusqu'au bout, car épuisement en 06/11».

Par téléphone du 5 mai 2011 (cf. note téléphonique du même jour), l'assurée s'est étonnée auprès d'une collaboratrice d'R._____ du fait qu'elle «n'a[it] pas reçu de salaire pour le mois d'avril». Sur demande de la collaboratrice, l'assurée a précisé qu'elle n'avait pas travaillé, ni perçu d'indemnités de chômage du 1^{er} janvier 2010 au 31 août 2010.

Au vu de ces éléments, R._____ a chargé son inspecteur des sinistres d'éclaircir la période précitée avec l'assurée (cf. fiche de mission du 13 mai 2011).

Dans un rapport du 19 mai 2011 faisant suite à une visite de contrôle de l'assurée le 18 mai 2011, l'inspecteur des sinistres auprès d'R._____ a notamment exposé ce qui suit :

«1. Visite de contrôle selon remarques

IT [incapacité de travail] depuis le 03.05.2010.

Assurée au chômage avant la première IT du 07.09 au 31.12.2009. A perçu les IJ [indemnités journalières] maladie de l'assurance-chômage (AC) (art. 28 LACI) du 07.09 au 06.10.2009, puis indemnisée par R._____ jusqu'au 31.12.2009. N'a perçu aucune prestation (ni de notre part ni de l'AC) entre le 01.01 et le 02.05.2010, soit pendant 122 jours. L'assurée a un délai-cadre de l'AC ouvert du 01.07.2009 au 30.06.2011, avec à ce jour un solde de 334 IJ à percevoir.

La question est de savoir ce qu'a fait l'assurée durant ces 122 jours. Si elle n'a rien fait (pas travaillé par exemple) cela signifiera, selon notre calcul que son droit aux IJ de l'AC aurait dû se terminer au 11.01.2011, et que l'ayant indemnisée jusqu'au 30.04.2011 nous lui aurions payé 79 IJ de trop, ce qui inclurait un remboursement. De plus, en septembre 2009 l'assurée a été surindemnisée en percevant les IJ de l'AC et les nôtres, ceci devra faire l'objet d'un remboursement. Informer l'assurée de ce qui précède et l'aviser qu'en cas de remboursement de prestations elle pourra demander un plan de paiement sur 12 mois maximum.

2. Visite

(...).

Remarques de l'IS [inspecteur des sinistres] :

- L'assurée m'informe qu'en mars 2009 elle avait débuté un emploi de femme de ménage pour le compte du Centre de la petite enfance à [...]. En mai 2009 elle a été diagnostiquée diabétique, et ne pouvant plus accomplir ses tâches en raison

de son problème de santé, il a été mis un terme au rapport de travail avec effet au 30.06.2009.

- L'assurée m'informe que durant les 122 jours du 01.01 au 02.05.2010, elle était chez elle, et n'a rien fait de particulier (travail, séjour à l'étranger, etc.). L'assurée précise que son état de santé ne s'est pas amélioré durant cette période raison pour laquelle elle ne s'est pas annoncée au chômage. Elle précise que lors du dernier rdv avec sa diabétologue de fin décembre 2009, cette dernière avait demandé à sa secrétaire de faire un CM [certificat médical] prolongeant l'IT de l'assurée jusqu'au prochain rdv du 03.05.2010, et de lui remettre ce CM pour signature. L'assurée dit n'avoir jamais reçu ce CM. Elle poursuit en déclarant que se trouvant tellement mal à cette période elle n'a pas pris garde aux conséquences sur la poursuite de versement de ses IJ par nos soins en raison de l'absence de ce CM. Même le fait de ne pas percevoir ses IJ ne l'a pas fait réagir.
- Lors du rdv du 03.05.2010 avec sa diabétologue cette dernière a informé l'assurée avoir eu des problèmes avec sa secrétaire, en ce sens que celle-ci en sus d'avoir oublié de remplir le CM de l'assurée à faire signer par le médecin, avait fait de nombreuses autres erreurs, notamment de facturation de prestations. L'assurée me dit que cette secrétaire médicale aurait d'ailleurs été licenciée. Selon l'assurée, la diabétologue aurait dit à l'assurée qu'en cas de problème avec l'assurance elle était disposée à confirmer ces explications, ainsi que le fait que l'assurée était en incapacité de travail du 01.01 au 02.05.2010.
- L'assurée ne semble pas faire cas de cette période de 122 jours durant laquelle elle n'a perçu aucune prestation. Par contre, prenant conscience suite à mes explications que cela aura probablement pour incidence qu'elle doit rembourser les prestations versées à tort du 12.01. au 30.04.2011, elle va passer rapidement vers sa diabétologue pour demander que celle-ci établisse un CM pour la période du 01.01 au 02.05.2010 avec les explications y relatives.

(...).

Conclusions et divers :

- L'assurée va nous envoyer dans le courant de la semaine prochaine au plus tard un CM de la Dresse F. _____ [Dresse F. _____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie], confirmant son IT du 01.01 au 02.05.2010 avec confirmation de la raison pour laquelle ce CM n'a pas été fait de suite.
- L'assurée est informée que si ce CM est accepté cela lui évitera peut-être de rembourser les prestations versées au-delà du 11.01.2011, mais que ceci n'est pas garanti, l'IT en question remontant à plus d'un an.
- L'assurée est informée que le versement de nos prestations n'ira au mieux pas plus loin que le terme de son délai-cadre de l'assurance-chômage, soit le 30.06.2011.

- L'assurée est informée qu'elle devra rembourser les indemnités de septembre 2009 versées en sus de celles de l'AC.
- L'assurée est informée qu'elle peut demander un arrangement de paiement sur douze mois au maximum en cas de remboursement.
- Si le fait que l'assurée était en IT du 01.01 au 02.05.2010 est établi et accepté, vérifier l'incidence sur notre calcul mettant terme aux prestations au droit à nos prestations au 11.01.2011.
- L'assurée déclare que pour sa part il lui importe peu de ne plus être indemnisée, et qu'elle ne fera par exemple pas établir un CM de capacité de travail par son médecin lui permettant de percevoir les IJ de l'AC jusqu'au 30.06.2011.
- Quid? Pertinence pour l'assurée de continuer à verser ses primes à tout le moins à compter du 01.07.2011 étant entendu qu'à cette date elle n'aura plus de droit à l'AC. Je l'ai rendue attentive sur ce point».

Le 29 août 2011, R. _____ a adressé à l'assurée un décompte de prestations lequel faisait état d'un montant de 7'252 fr. à la charge de l'assurée. Il ressort de ce décompte que des indemnités journalières ont été versées à tort sur les périodes des mois de septembre et octobre 2009 et janvier à mars 2011. Les 16 octobre 2011 et 17 décembre 2011, R. _____ a notifié à l'assurée des rappels de paiement.

Dans l'intervalle, soit le 21 septembre 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a demandé des explications relatives au décompte précité, qui lui ont été fournies par courrier du 1^{er} novembre 2011. R. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

«Période du 7 septembre 2009 au 14 octobre 2009

Madame E. _____ a perçu des prestations de la caisse de chômage.

Période du 12 janvier 2011 au 31 mars 2011

A compter du 12 janvier 2011, les versements d'indemnités journalières au titre de votre assurance indemnités journalières individuelle auraient dû cesser. Les conditions générales d'assurance, édition 2008, stipulent que le droit aux prestations d'indemnités journalières existe pour autant que l'assurée puisse apporter la preuve de sa perte de gain. Le 11 janvier 2011, son droit maximal à 400 jours d'indemnités journalières auprès de la caisse

de chômage est arrivé à échéance. A compter de cette date, Madame E. _____ ne pouvait plus attester d'un salaire ou d'un substitut de salaire, et le droit à des prestations d'indemnités journalières au titre de son assurance indemnités journalières individuelle est, par conséquent, échu».

Par courriel du 12 décembre 2011, l'assurance de protection juridique a relancé R. _____ en lui remettant notamment un certificat médical daté du 6 décembre 2011 de la Dresse F. _____ (cf. courrier de l'intimée du 23 décembre 2011 adressé à l'assurance de protection juridique).

Par courrier du 23 décembre 2011 à l'assurée, R. _____ a fourni des explications complémentaires s'agissant de l'échéance de la durée de versement des prestations de l'assurance-chômage. Elle a relevé que selon le décompte de chômage du mois d'octobre 2009, il demeurait un solde de 330 indemnités soit 462 jours civils à partir du 7 octobre 2009. Dès le 12 janvier 2011, l'assurée ne pouvait plus certifier d'un salaire ou d'un substitut de salaire. R. _____ a en outre ajouté que l'assurée pouvait résilier son assurance d'indemnités journalières.

Par un second courrier du 23 décembre 2011 à l'assurance de protection juridique de l'assurée en réponse à un courriel du 12 décembre 2011 de l'assurance précitée, R. _____ a relevé que si le rapport médical établi le 25 octobre 2010 par la Dresse F. _____ précisait que l'assurée était sa patiente depuis le 18 avril 2008, seule une incapacité de travail dès le 3 mai 2010 était attestée. R. _____ a par conséquent estimé que le certificat médical du 6 décembre 2011 n'était pas valable.

Par décision du 22 janvier 2012, R. _____ a constaté des retards de paiement concernant l'assurance indemnités journalières facultative selon la LAMal, malgré un rappel du 16 octobre 2011 et une sommation du 17 décembre 2011. En l'absence de paiement intégral ou partiel, R. _____ a informé l'assurée qu'elle ne lui verserait aucune prestation à compter du 23 janvier 2012.

Le 27 janvier 2012, l'assurée a résilié sa police d'assurance LAMal auprès d'R. _____, laquelle a pris fin le 30 avril 2012.

Dans son opposition formée le 23 février 2012, l'assurée, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a invité R. _____ à lui confirmer sans délai que sa décision du 22 janvier 2012 était annulée et que tout procédé de poursuite à son encontre était suspendu, avec libération de tous frais et intérêts y afférents.

Par courrier du 6 juillet 2012 au conseil de l'assurée, R. _____ a fait état des éléments suivants :

«Après vérification de cette affaire, nous vous confirmons qu'il s'agit bien d'une erreur d'établir une décision de blocage de prestations pour l'assurance d'indemnités journalières facultative selon la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). Une telle décision peut uniquement être faite dans des cas de non-paiement de primes. La somme qui avait été réclamée à Madame E. _____ concernaient des demandes de remboursement d'indemnités journalières versé à tort: Par conséquence, une décision en restitution selon l'art. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA). Entretemps, la somme nous a été versée le 7 février 2012. La créance qui a causé la décision est donc payée. Entretemps, Madame E. _____ a résilié le contrat de cette assurance d'indemnités journalières en date du 27 janvier 2012. Le contrat a été annulé au 30 avril 2012 (annexe 1 et 2). Veuillez nous informer, si vous maintenez à l'établissement d'une décision formelle à votre opposition. Sans votre demande explicite, nous partons du fait, que Madame E. _____ renonce à une telle décision et considérons l'affaire comme liquidée».

Par courrier du 11 juillet 2012, la mandataire de l'assurée a indiqué qu'elle maintenait sa demande d'obtenir une décision formelle.

Par décision sur opposition du 21 décembre 2012, R. _____ a annulé sa décision du 22 janvier 2012.

Par courrier du 11 janvier 2013 à R. _____, la mandataire de l'assurée a estimé que la décision sur opposition était incomplète en ce sens qu'il n'avait pas été statué sur la nullité des prétentions en restitution.

Par courrier du 15 janvier 2013, R._____ a expliqué que la décision litigieuse du 22 janvier 2012 qui fixait le cadre du litige se prononçait sur la question de la suspension des prestations suite à la non restitution de prestations qui avaient été versées à tort selon elle. Cette suspension a été levée, car elle n'était pas prévue dans les conditions d'assurances. L'assurée a dès lors eu gain de cause et la décision a été annulée. S'agissant de la «nullité des prétentions en restitution, une décision formelle doit en premier lieu être rendue. Vous pourrez vous opposer à dite décision si elle est négative et une décision sur opposition pourra être rendue. A ce moment, le cadre du litige sera fixé sur la demande en restitution».

B. Par acte de son mandataire du 4 février 2013, E._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 21 décembre 2012. La recourante prend ainsi les conclusions suivantes, sous suite de frais et dépens :

«I. Le recours est admis;

II. La décision entreprise du 22 janvier 2012 est annulée, respectivement réformée en ce sens qu'R._____ est tenue de verser, dès le 23 janvier 2012, les prestations assurées dues à E._____ et que soit reconnu que la demande de restitution de prestations qui a été adressée à E._____ le 1^{er} novembre 2011 [29 août 2011] est considérée comme nulle et non avenue;

III. E._____ n'est pas débitrice envers R._____ d'une somme de CHF 7'292.00 (sept mille deux cent nonante-deux francs suisses) [7'252 fr.];

IV. R._____ doit restitution à E._____ de CHF 7'292.00 [7'252 fr.], avec intérêt à 5% l'an dès le 3 février 2012.

V. R._____ doit verser à E._____ à titre d'indemnités journalières les montants suivants :

- CHF 10'492.00 (dix mille quatre cent nonante-deux francs suisses), avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} mars 2010,

- CHF 86.00 (huitante-six francs suisses), avec intérêt à 5% l'an dès le 31 janvier 2011 et

- CHF 13'674.00 (treize mille six cent septante-quatre francs suisses), avec intérêt à 5% l'an dès le 15 juin 2011».

La recourante soutient que la décision du 23 décembre 2011 est nulle et non avenue et que dès lors la décision du 22 janvier 2012 l'est

également. Au demeurant, la décision précitée relative à la suspension de la couverture d'assurance en raison du non paiement de ses primes est contraire à l'art. 64a LAMal qui ne s'applique pas à l'assurance facultative d'indemnités journalières, si bien qu'elle est infondée pour ce motif également. Elle fait en outre grief à l'intimée de ne pas avoir, dans le cadre de la décision sur opposition dont est recours, pris également une décision sur les indemnités journalières impayées du 1^{er} janvier 2010 au 2 mai 2010, le 31 janvier 2011 et du 1^{er} avril au 6 septembre 2011. Selon la recourante, l'intimée a dès lors refusé de prendre en charge certaines prestations, alors que formellement une décision au sens de l'art. 49 LPGA et une instruction au sens de l'art 43 LPGA lui incombaient. Elle conteste la demande de remboursement de prestations du 7 au 14 septembre 2009 compte tenu du fait que l'indemnisation par l'assurance-chômage est subsidiaire à celle de l'assurance perte de gain maladie. Elle fait en outre valoir la prescription. Elle allègue qu'elle aurait dû percevoir des prestations du 1^{er} janvier 2010 au 2 mai 2010, soit 122 indemnités journalières, puisqu'elle était en incapacité de travail. Pour la période du 12 janvier au 31 mars 2011, elle précise qu'elle n'a reçu que 30 indemnités journalières, si bien qu'elle réclame l'indemnité pour le 31 janvier 2011. Elle mentionne également avoir fait notifier un commandement de payer à l'encontre de l'intimée. Elle sollicite enfin l'audition de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 18 mars 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, respectivement à sa transmission comme objet de sa compétence s'agissant des points en relation avec le déni de justice invoqué. Elle précise notamment que la recourante s'est acquittée du montant de 7'252 fr. en février 2012. En outre elle expose que la décision du 22 janvier 2012 se prononçait uniquement sur la suspension des prestations suite à la non restitution de prestations qui ont été versées à tort selon l'intimée. L'intimée confirme n'avoir jamais refusé de rendre une décision, si bien qu'un déni de justice est impossible, raison pour laquelle cet argument doit être rejeté. Au demeurant, la recourante n'a jamais menacé de faire valoir un déni de justice devant un tribunal. L'intimée se déclare toutefois disposée à considérer le recours comme une demande

de décision formelle à laquelle il sera donné suite en cas de transmission du litige comme objet de sa compétence.

Dans sa réplique du 31 mai 2013, la recourante rappelle que la restitution d'un montant de 7'252 fr. n'a pas fait l'objet d'une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA et ne mentionne pas les voies de droit de l'art. 49 al. 3 LPGA. L'intimée ne peut dès lors conclure au renvoi de la cause pour la traiter en tant que requête de décision formelle sans violer le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ainsi que le principe inquisitoire, ayant commis depuis le 23 décembre 2011 à maintes reprises un déni de justice à son encontre. La recourante allègue enfin avoir remboursé par erreur le montant de 7'252 fr. sous la pression de l'intimée.

Dans sa duplique du 21 août 2013, l'intimée peine à comprendre ce que la recourante souhaite. Si l'intimée admet ne pas avoir rendu de décision formelle concernant la restitution d'un montant de 7'252 fr., elle constate toutefois que le montant précité a été remboursé, si bien que la décision formelle ne pourrait être qu'une décision constatant la restitution. La recourante n'a dès lors pas rendu vraisemblable un intérêt digne d'être protégé. L'intimée confirme toutefois qu'aucune décision n'a été rendue sur le fond en relation avec la surindemnisation ou l'interruption des indemnités journalières. Le recours est par conséquent irrecevable s'agissant des griefs sortant du contexte de la décision sur opposition.

E n d r o i t :

1. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art 2 al.1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Il convient de se prononcer préalablement sur la recevabilité du recours de l'assurée déposée auprès de la Cour de céans le 4 février 2013 contre la décision sur opposition du 21 décembre 2012 rendue par l'intimée.

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 (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Selon l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

Selon l'art. 52 al. 1 et 2 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (al. 1). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2).

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 compétent, soit celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

b) En vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut statuer que sur des points que l'autorité inférieure a examinés. Ainsi, l'objet du litige ne peut s'étendre à des éléments qui ne sont pas compris dans l'objet du recours. Il s'ensuit que l'autorité de

recours ne peut examiner et juger, 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). C'est pourquoi les conclusions qui vont au-delà de l'objet du litige sont irrecevables (TF 2C 669/2008 du 8 décembre 2008 consid. 4.1; TAF B-8243/2007 du 20 mai 2008 consid. 1.4 et les réf. citées; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure administrative, in : Mélanges Pierre MOOR, Berne 2005, p. 439).

3. a) E. _____ recourt contre la décision sur opposition du 21 décembre 2012. Elle soutient que «d'un point de vue formel déjà, la décision du 23 décembre 2011 est nulle et non avenue» et que dès lors, la décision qui y fait suite soit celle du 22 janvier 2012 l'est aussi. En effet, elle reproche à l'intimé d'avoir, dans son courrier du 23 décembre 2011, fait référence aux dispositions de la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1) sans mentionner les voies de droit de l'art. 49 al. 3 LPGA.

En l'occurrence, l'intimée a, par décision du 22 janvier 2012, suspendu le versement de prestations à compter du 23 janvier 2012, décision faisant suite à deux rappels des 16 octobre 2011 et 17 décembre 2011 d'un montant de 7'252 fr. correspondant à des prestations touchées à tort selon l'intimée. Par décision sur opposition du 21 décembre 2012, l'intimée a annulé sa décision du 22 janvier 2012, considérant que le «blocage» de prestations (indemnités journalières) n'était ni possible ni valable en cas de non paiement d'une demande de restitution de prestations. Ainsi, l'objet de la contestation, délimité aussi bien par la décision du 22 janvier 2012 que par celle sur opposition du 21 décembre 2012 dont est recours, ne concerne que la suspension du versement de prestations à compter du 23 janvier 2012. En conséquence, les conclusions de la recourante relatives à l'octroi de prestations pour des périodes antérieures au 23 janvier 2012 sont irrecevables.

b) S'agissant de la question du versement de prestations dès le 23 janvier 2012, il convient d'examiner si sur ce point, le recours déposé le 4 février 2013 contre la décision sur opposition du 21 décembre 2012, est recevable sous l'angle de la qualité pour recourir.

Selon l'art. 75 LPA-VD, par application de l'art. 99 LPA-VD, a qualité pour former recours contre une décision administrative toute personne physique ou morale ayant pris part à la procédure devant l'autorité précédente ou ayant été privée de la possibilité de le faire, qui est atteinte par la décision attaquée et qui dispose d'un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. a), ainsi que toute autre personne ou autorité qu'une loi autorise à recourir (let. b). En vertu de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection ancrée dans cette disposition doit être interprétée de la même façon que celle qui résultait de l'art. 103 let. a OJ pour la procédure fédérale de recours de droit administratif (TF K 112/06 du 30 mai 2007, consid. 4; TFA H 207/04 du 17 mai 2005, consid. 2.1 et les références citées), et qui résulte, depuis le 1^{er} janvier 2007, de l'art. 89 al. 1 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110) lequel concerne la qualité pour agir en cas de recours en matière de droit public (par ailleurs, la jurisprudence rendue sous l'empire de l'OJ reste applicable sous l'empire de la LTF, cf. à cet égard notamment: ATF 135 II 145, consid. 6.1; ATF 134 V 53, consid. 2.3.3.3). Est considéré comme un intérêt digne de protection, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière (cf. ATF 135 II 145, consid. 6.1; TF H 207/04 du 17 mai 2005, consid. 2.2 et TF K 112/06 du 30 mai 2007, consid. 4.1, ATF). L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 135 II 145, consid. 6.1; TF K 112/06 du 30 mai 2007, consid. 4.1).

Dans le cas d'espèce, l'intimée a, par décision sur opposition du 21 décembre 2012, annulé purement et simplement sa décision du 22 janvier 2012 relative à la suspension du versement de prestations à compter du 23 janvier 2012, au motif que le «blocage» de prestations (indemnités journalières) n'était ni possible ni valable en cas de non paiement d'une demande de restitution de prestations. Dans son recours, la recourante conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée est tenue de verser, dès le 23 janvier 2012, les prestations assurées. Quoiqu'en dise la recourante, l'intimée a indiqué les voies de droit tant dans sa décision du 22 janvier 2012 que celle sur opposition du 21 décembre 2012. Au demeurant, comme l'a admis l'intimée dans le cadre de sa réponse du 18 mars 2013, la décision sur opposition précitée a été annulée ayant «été reconnue comme nulle». Obtenant ainsi totalement gain de cause, il sied de retenir que la recourante ne peut en conséquence se prévaloir d'un intérêt digne de protection à la modification ou à l'annulation de la décision attaquée (un recours sur les motifs étant également irrecevable, cf. par analogie ATF 130 V 388 et 129 V 289 consid. 2.1), de sorte que le recours doit également être déclaré irrecevable sur ce point.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être déclaré irrecevable. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, déboutée, n'a en outre pas droit à des dépens.

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

- I. Le recours formé par E._____ contre la décision sur opposition du 21 décembre 2012 rendue par R._____ est irrecevable.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour E._____, à [...]),
- R._____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), à 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 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 :