

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant,

et

N._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 78 LPGA ; art. 3 al. 1 LRCF

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant [...] au bénéfice d'une autorisation de travail pour frontalier, D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait depuis le 2 août 2010 en qualité de monteur en chauffage pour le compte de la société V._____ SA à [...].

Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficiait depuis le 1^{er} janvier 2012 d'une assurance perte de gain maladie auprès de N._____ SA (ci-après : la N._____ ou l'intimée). Selon l'art. 7 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal ([...] - Edition 01.01.2011) valables pour les assurances du B._____, l'indemnité journalière était versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours.

D._____ s'est retrouvé en incapacité de travail à 100 % à compter du 4 novembre 2011 en raison d'une coronopathie et a subi un double pontage coronarien le 18 novembre 2011. Après avoir repris le travail à 50 % à compter de mi-juin 2012, puis à 100 % à compter du 1^{er} octobre 2012, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à 100 % à compter du 27 novembre 2012, en raison d'abord de lombalgies, puis ensuite d'un état anxio-dépressif.

Le 20 mars 2013, D._____ a été licencié avec effet au 31 mai 2013.

b) Dans l'intervalle, l'assuré avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger. Après avoir alloué à l'assuré des mesures d'ordre professionnel, ledit office a, par décision du 29 mai 2015 (confirmée sur recours par le Tribunal administratif fédéral [arrêt C-4291/2015 du 16 janvier 2017] et le Tribunal fédéral [TF 9C_178/2017 du 4 avril 2017]), rejeté la demande de prestations.

c) Par courrier du 27 novembre 2013, la N. _____ a informé D. _____ qu'il ne bénéficiait plus, à la suite de la cessation de ses activités auprès de la société V. _____ SA, de la couverture offerte par l'assurance collective perte de gain de son ancien employeur. Il avait néanmoins la possibilité de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel dès le 1^{er} juin 2013 et, ainsi, de bénéficier du libre passage dans l'assurance individuelle.

Le 2 décembre 2013, l'assuré a signé la proposition d'assurance qui accompagnait le courrier précité et l'a renvoyée à la N. _____.

d) Par décision du 5 février 2014, la N. _____ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 9 février 2014. D'après les conclusions de deux expertises établies par les Drs S. _____, spécialiste médecine interne générale et en cardiologie (rapport du 8 janvier 2014) et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 22 janvier 2014), l'assuré disposait depuis le mois de janvier 2014 au plus tard d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette décision n'a pas été frappée d'opposition.

e) Par courrier reçu par la N. _____ le 6 février 2014, l'assuré a, en se référant au courrier précité du 27 novembre 2013, mis en exergue que l'assurance ne l'avait pas informé dans les temps de son droit de libre passage dans l'assurance individuelle, puisque la proposition d'assurance lui était parvenue près de sept mois après la cessation de son activité professionnelle. Il estimait en conséquence faire encore partie du cercle des assurés relevant de l'assurance collective de son ancien employeur et ne pas être tenu de s'acquitter des primes individuelles réclamées par la N. _____.

Dans sa réponse du 27 février 2014, la N. _____ a reconnu son erreur et admis de reporter le début de l'affiliation individuel de l'assuré au 1^{er} décembre 2013.

f) Par courrier adressé à l'assuré le 23 juillet 2014, la N._____ a constaté que, malgré plusieurs rappels, les primes dues depuis le 1^{er} mai 2014 étaient demeurées impayées. Elle lui a imparti un délai au 15 août 2014 pour régler ses arriérés, faute de quoi la couverture d'assurance serait résiliée avec effet au 31 juillet 2014.

Le 11 août 2014, l'assuré a expliqué à la N._____ qu'il n'avait pas été en mesure de régler ses primes en raison de difficultés financières. Un récépissé joint au courrier de l'assuré attestait du paiement de la prime due pour le mois de juin 2014.

Le 25 septembre 2014, la N._____ a, d'une part, confirmé à l'assuré qu'aucune indemnité journalière ne pouvait lui être accordée au-delà du 9 février 2014 et, d'autre part, informé que la couverture d'assurance était, conformément à l'art. 23 ch. 5 de ses conditions générales, résiliée avec effet au 31 juillet 2014, faute de paiement des primes arriérées.

Le 31 octobre 2014, l'assuré a contesté la résiliation, motif pris que le préavis d'un mois prévu à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales n'avait pas été respecté et qu'il avait payé ses arriérés de primes.

Le 26 novembre 2014, la N._____ a confirmé la résiliation du contrat avec effet au 31 juillet 2014.

Le 5 décembre 2014, l'assuré a réclamé à la N._____ la notification d'une décision formelle sujette à recours.

Le 30 décembre 2014, la N._____ a rendu une décision formelle, dont on extrait ce qui suit :

Conformément à votre demande écrite, par lettre recommandée du 5 décembre 2014, nous avons repris votre dossier afin de vous notifier une décision formelle.

Après une nouvelle étude approfondie des pièces contenues dans votre dossier, il ressort que N._____ SA avait rendu une décision formelle, par courrier recommandé daté du 5 février 2014, qui mettait un terme au paiement des indemnités journalières avec effet au 9 février dernier. Cette décision était basée sur les conclusions de l'expert qui vous avait examiné le 20 janvier 2014, dans le cadre d'une expertise mandatée par nos soins.

La décision précitée, en l'absence d'opposition dans le délai légal imparti, est ainsi passée en force. Dans un tel cas de figure, c'est l'article 11, chiffre 2, lettre g) qui est applicable, à savoir : « Sous réserve du droit au libre-passage des lettres a), b) et i), la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ».

Vu ce qui précède, force est de relever que votre couverture d'assurance individuelle doit être résiliée le 9 février 2014 au soir.

En l'absence d'opposition dans le délai indiqué ci-dessous, il va de soi que les primes mensuelles payées en trop vous seront intégralement remboursées.

Par courrier du 2 février 2015, D._____ a formé opposition contre la décision du 30 janvier 2014.

Par décision du 11 mai 2015, la N._____ a rejeté l'opposition de l'assuré en s'appuyant sur les considérations suivantes :

1. Est litigieuse la question de savoir si l'assureur a, à raison, décidé de résilier la couverture d'assurance au 28 février 2014.
2. Il est de jurisprudence constante qu'un assuré qui demande des prestations doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son incapacité de travail ou de son invalidité (RJAM 1979, 88 consid. 3a, voir aussi ATF 107 V 20 consid. 2c, ATF 105 V 178 consid. 2).
3. En vertu de l'article 11, chiffre 2, lettre g, des conditions générales d'assurance, dont la teneur est la suivante : « Sous réserve du droit au libre-passage des lettres a), b) et i), la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations », c'est à raison que l'assureur a résilié la couverture avec effet rétroactif au 28 février 2014. En effet, suite à la décision du 5 février 2014, passée en force et qui mettait un terme aux prestations le 9 février 2014, force est de constater que M. D._____ n'était plus au bénéfice d'une incapacité de travail, même partielle.

4. L'assuré s'est certes opposé à la décision de N. _____ SA, du 30 décembre 2014, en signalant notamment que dite résiliation à fin février 2014 ne pouvait être appliquée, dans la mesure où : « Je tiens à vous signaler que je n'ai pas épuisé mes droits aux prestations, donc vous n'avez aucune raison de résilier ma couverture d'assurance dès 9 février 2014 ».
5. L'argumentation précitée sur laquelle se base Monsieur D. _____ ne peut être retenue, car il s'agit d'une interprétation erronée de l'article 11 des conditions générales cité plus haut. En effet, la précision contenue dans cet article : « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » ne signifie pas que l'assuré frontalier doit épuiser son droit aux prestations avant la résiliation de sa couverture, mais précise simplement que la couverture doit être résiliée lorsque l'assuré a atteint l'épuisement du droit aux prestations. Si tel n'était pas le cas, cela voudrait dire que même en cas d'épuisement du droit aux prestations, l'assuré devrait continuer de payer sa prime !
6. Par contre, selon le même article, « la couverture d'assurance et le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin de l'incapacité de travail du frontalier ». Or, tel était bien le cas, en date du 9 février 2014, lorsque la décision de l'assureur du 5 février 2014 était passée en force.
7. Pour le surplus, relevons encore que l'article 11 des conditions générales, indiqué ci-dessus est conforme, par analogie, à la teneur de l'article 7, al. 4 de OAMal (Ordonnance sur l'assurance-maladie).
8. Au vu de tout ce qui précède, la décision du 30 décembre 2014 est fondée.
9. Enfin, comme l'assureur l'avait déjà précisé dans sa décision du 30 décembre dernier, en l'absence de recours à l'encontre de la présente décision, les primes mensuelles payées au-delà du mois de février 2014 par M. D. _____ lui seront intégralement remboursées.

Par arrêt du 5 janvier 2016 (cause AM 23/15 - 2/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours interjeté par D. _____, annulé la décision sur opposition du 11 mai 2015 et renvoyé la cause à la N. _____ pour qu'elle examine si l'assuré avait droit au paiement de prestations pour la période postérieure au 9 février 2014. L'arrêt était fondé sur le raisonnement suivant :

4. a) En l'espèce, le recourant formule d'abord plusieurs griefs en lien avec son droit au libre passage dans l'assurance individuelle au sens de l'art. 71 LAMal.

Il ressort de la lettre de résiliation de V. _____ SA du 20 mars 2013 qui figure au dossier que le contrat de travail du recourant a été

résilié par son employeur pour le 31 mai 2013 et non pour le 30 novembre 2013, comme le retient à tort la décision attaquée. En tant que travailleur frontalier, le recourant bénéficie du droit au libre passage dans l'assurance individuelle. Toutefois, l'intimée ne l'a informé de son droit de passage dans l'assurance individuelle qu'en date du 27 novembre 2013. Il s'ensuit que, conformément à ce que prévoit l'art. 71 al. 2 LAMal, le recourant est resté dans l'assurance collective jusqu'au moment où il a accepté l'offre de l'assurance de passer dans l'assurance individuelle, soit dès le 1^{er} décembre 2013, le contrat ayant été automatiquement reconduit pour l'année 2014.

Pour le surplus, les conditions dans lesquelles le recourant a été informé de son droit au libre passage ne sont pas déterminantes pour résoudre le présent litige. On peut donc écarter les moyens soulevés par le recourant dans la mesure où ils concernent son passage dans l'assurance individuelle.

b) Le recourant conteste ensuite la résiliation de sa couverture d'assurance avec effet au 28 février 2014.

L'intimée se prévaut de l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales (édition 01.01.2011) dont la teneur est la suivante : « Sous réserve du droit au libre passage des lettres a., b., et i., la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ». Selon l'interprétation que fait l'intimée de cette disposition, le droit du travailleur frontalier aux prestations cesserait dès la fin de son incapacité de travail. L'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » ne signifierait pas que l'assuré frontalier doit épuiser son droit aux prestations avant la résiliation de sa couverture mais que celle-ci doit être résiliée lorsque l'assuré a épuisé son droit aux prestations.

En règle générale, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations ne prennent fin qu'avec l'épuisement du droit aux prestations (art. 11 al. 2 let. e des conditions générales) et non avec la fin de l'incapacité de travail. Il en résulte pour les travailleurs frontaliers que lorsque l'épuisement du droit aux prestations intervient avant la fin de l'incapacité de travail, la couverture d'assurance cesse déjà lorsque le droit aux prestations est épuisé. C'est dans ce sens qu'il convient de comprendre l'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » figurant à l'art. 11 al. 2 let. g des conditions générales de l'intimée.

Pour le surplus, l'assurance facultative d'indemnités journalières ne prend en principe pas fin en même temps que l'incapacité de travail. Cette cause de suppression de la couverture n'est prévue que pour les travailleurs frontaliers en qualité de membres individuels. Elle s'explique par le fait que le libre passage est limité au territoire suisse (GNAEGI, *op. cit.*, p. 140) et a pour but d'éviter que des personnes qui n'ont pas de lien suffisant avec le territoire suisse puissent bénéficier de la couverture d'une assurance individuelle d'indemnités journalières.

Dans un arrêt K 96/02 du 1^{er} avril 2004 (consid. 6.3., cité par EUGSTER, *op. cit.*, n° 3 ad art. 71 KVG), le Tribunal fédéral des

assurances avait laissé indécise la question de savoir si le droit fédéral autorisait la pratique d'une assurance individuelle d'indemnités journalières au sens de la LAMal de mettre fin à la couverture des travailleurs frontaliers en cas de fin de l'activité lucrative en Suisse ou, s'ils sont restés dans l'assurance en raison d'une incapacité de travail, à la fin de celle-ci. S'agissant d'un régime facultatif rattaché à l'assurance-maladie, on peut également s'interroger sur la conformité d'une telle clause avec l'art. 8 de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre la Suisse et l'Union européenne ainsi que ses Etats membres (RS 0.142.112.681) ainsi que son annexe II (cf. sous l'empire de l'ancienne réglementation communautaire déjà Bettina KAHIL-WOLFF, L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, SJ 2001 II, p. 81 ss, spéc. p. 131 et art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; RS 0.831.109.268.1). Comme on le verra, la question de savoir si la clause visant spécifiquement les travailleurs frontaliers est conforme au droit fédéral et international peut également rester indécise dans le cadre du présent litige.

c) En l'espèce, l'intimée a rendu le 5 février 2014 une décision constatant que la capacité de travail du recourant était de 100 % au plus tard le 20 janvier 2014 et mettant fin aux prestations pour le 9 février 2014. Le recourant n'a pas fait opposition à cette décision si bien qu'elle est entrée en force. Il est par ailleurs constant que le recourant n'a pas épuisé son droit aux prestations.

Toutefois, l'intimée a continué à se comporter comme si la couverture d'assurance du recourant n'avait pas pris fin. En particulier, elle a continué à lui réclamer le paiement des primes mensuelles en lui adressant trimestriellement des factures à cet effet. Elle a ensuite sommé le recourant de lui verser les primes puis, par courrier recommandé du 25 septembre 2014, a résilié la couverture d'assurance en invoquant le non-paiement des primes par le recourant. Ce n'est que dans sa décision du 30 décembre 2014, sollicitée par le recourant, que l'intimée a invoqué pour la première fois l'art. 11 al. 2 let. g de ses conditions générales et considéré que la couverture d'assurance avait été résiliée au 9 février 2014, voire au 28 février 2014, les décisions de l'assurance étant au demeurant contradictoires sur ce dernier point.

Un tel comportement contrevient aux règles de la bonne foi (art. 2 CC) dans la mesure où le recourant, qui ne s'était pas opposé à la décision mettant fin à ses prestations et auquel des primes mensuelles avaient été adressées, pouvait légitimement comprendre que les rapports d'assurance continuaient. Dans la mesure où elle se prévaut de la fin de l'incapacité de travail du recourant pour mettre fin à la couverture d'assurance, la décision attaquée ne peut donc pas être confirmée.

d) A titre subsidiaire, l'intimée fait valoir que la résiliation de la couverture d'assurance serait justifiée conformément à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales par le retard du recourant dans le paiement de ses primes mensuelles.

Selon l'art. 23 ch. 5 des conditions générales de l'intimée, « si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de deux primes au moins, l'assureur est en droit de résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois. La résiliation doit être envoyée en courrier recommandé ». Il résulte de l'art. 23 ch. 4 que cette résiliation doit être précédée de l'envoi au débiteur d'une sommation comportant un délai de 14 jours au moins pour s'acquitter des montants arriérés ainsi qu'un rappel des conséquences de la demeure.

En l'espèce, l'intimée a adressé le 23 juillet 2014 un courrier au recourant lui impartissant un délai au 15 août 2014 pour régler les primes échues depuis le 1^{er} mai 2014, à défaut de quoi elle résilierait la couverture du recourant avec effet au 31 juillet 2014. Par courrier recommandé du 25 septembre 2014, l'intimée a constaté que le recourant ne s'était pas acquitté des arriérés et a résilié le contrat avec effet au 31 juillet 2014.

Il ressort du dossier que le recourant a versé à l'intimée des montants de 370 fr. 80 correspondant à celui de la prime mensuelle en date des 11 août 2014, 17 septembre 2014 et 25 octobre 2014.

L'intimée n'a pas respecté la procédure prévue par l'art. 23 ch. 5 de ses conditions générale. Cette clause ne permet en effet pas à l'assureur de résilier la couverture d'assurance avec effet rétroactif mais pour la fin d'un mois moyennant un préavis d'un mois, lequel débute avec l'envoi du recommandé : la résiliation adressée par courrier recommandé le 25 septembre 2014 ne pouvait donc déployer ses effets qu'au plus tôt le 31 octobre 2014 et non pour le 31 juillet 2014. Ensuite, deux des primes ayant fait l'objet de la sommation du 23 juillet 2014 ont été payées par le recourant avant l'envoi du courrier recommandé du 25 septembre 2014 si bien qu'il n'était plus en retard dans le paiement de deux primes au moins, aucune autre sommation ne figurant au dossier.

En conclusion, on retiendra que la résiliation de la couverture d'assurance n'est pas intervenue valablement.

g) Après avoir complété l'instruction de son dossier, la N. _____ a, le 29 juin 2016, rendu une nouvelle décision, dont la teneur est la suivante :

Vos courriers du 20 juin et du 24 juin 2016, qui répondaient à nos demandes respectives du 16 juin et du 21 juin 2016, nous sont bien parvenues.

Il ressort de vos documents que, d'une part, vous n'êtes plus en incapacité de travail depuis le 1^{er} mai dernier inclus et que, d'autre part, vous n'exercez aucune activité lucrative auprès d'un employeur en Suisse. Dès lors, vous ne remplissez plus les conditions permettant de maintenir votre couverture de l'indemnité journalière, et ce dès le 1^{er} mai 2016.

Par conséquent, nous vous informons que votre couverture précitée est résiliée avec effet au 30 avril 2016, conformément à la teneur de l'article 11, chiffre 2, lettre g), des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal ([...] - Edition 01.01.2011) qui stipule : « Sous réserve du droit au libre-passage des lettres a), b) et i), la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ».

L'opposition interjetée le 4 août 2016 par D._____ contre cette décision a été rejetée par la N._____ le 2 mars 2017.

Par arrêt du 14 décembre 2018 (cause AM 17/17 - 55/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par D._____ et annulé la décision sur opposition du 2 mars 2017. L'arrêt était fondé sur le raisonnement suivant :

5. a) [...], il y a lieu de constater que l'art. 11 ch. 2 let. g des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, en tant qu'il met un terme à la couverture d'assurance ainsi qu'au droit aux prestations à la fin de l'incapacité de travail du frontalier assuré à titre individuel, n'est pas compatible avec les règles de coordination des systèmes de sécurité sociale, dès lors qu'il ne permet pas à la personne résidant sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne qui a travaillé en Suisse en qualité de travailleur salarié ou non salarié de passer dans l'assurance invalidité individuelle aux mêmes conditions qu'un travailleur résidant en Suisse. De ce fait, le recourant subit une inégalité de traitement en raison de son statut de frontalier qui ne répond à aucune considération objective d'intérêt général.

b) Dans ces conditions, l'intimée n'était pas en droit de résilier avec effet au 30 avril 2016 l'assurance individuelle d'indemnités journalières dont le recourant était le bénéficiaire depuis le 1^{er} décembre 2013 en se fondant sur l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales.

h) A la suite de l'arrêt rendu le 5 janvier 2016 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, D._____ avait, par courrier du 2 février 2016, sollicité de la N._____ le versement d'indemnités journalières fondées sur une incapacité totale de travailler dès le 10 octobre 2014, en se référant aux avis d'arrêt de travail qu'il lui avait fait parvenir dans l'intervalle.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande d'indemnisation, la N._____ a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie, et W._____, spécialiste en cardiologie.

Dans un rapport du 2 avril 2016, le Dr J._____ a indiqué que l'état thymique et anxieux de son patient était désormais stabilisé et qu'il serait en mesure de reprendre une activité lucrative à plein temps à compter du 1^{er} mai 2016.

Dans un rapport du 25 avril 2016, le Dr W._____ a indiqué que son patient ne présentait aucune atteinte ayant une répercussion sur sa capacité de travail ; celui-ci souffrait d'une maladie coronaire stable nécessitant une activité professionnelle adaptée, sans effort intense.

La N._____ a sollicité le Dr K._____ afin qu'il fasse part de son avis au sujet du rapport établi par le Dr J._____. Dans un courrier du 24 juin 2016, celui-ci a indiqué ce qui suit :

Après avoir relu l'expertise psychiatrique du 22 janvier 2014 concernant la personne susnommée et après avoir pris connaissance du rapport médical du 2 avril 2016 du Docteur J._____, psychiatre traitant de l'assuré, je prends position comme suit.

Le rapport médical du 2 avril 2016 du Docteur J._____ ne contient pas d'affection psychiatrique comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais des problèmes cardiaques.

L'état thymique et anxieux bien stabilisé est considéré comme non incapacitant, puisque ces éléments figurent sous la rubrique des diagnostics qui n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail.

Dans ce même document, il n'est pas non plus mentionné de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles de réduire l'aptitude au travail.

Le rapport médical du 2 avril 2016 ne contient pas d'informations nouvelles depuis l'expertise psychiatrique du 22 janvier 2014 susceptibles d'avoir mené à une rechute. Rappelons que dans cette même expertise, il avait été conclu à l'absence de diagnostic ainsi qu'à la présence d'une capacité de travail entière.

Au vu de l'absence de diagnostic psychiatrique, la médication antidépressive d'escitalopram (Seroplex®) et anxiolytique de prazépam (Lysianxa®) ne se justifie pas.

La posologie de l'escitalopram (Seroplex®) de 5 mg par jour en ce moment correspond à un traitement léger (habituellement 10 ou 20 mg par jour). Celle du prazépam (40 mg par jour actuellement) ne correspond pas à un traitement lourd (60 mg par jour).

La fréquence réduite (mensuelle) des consultations auprès du Docteur J._____ est le reflet d'une pathologie peu significative. En d'autres termes, ce qui précède a tendance à parler contre la présence d'une pathologie marquée et, donc, d'une incapacité de travail.

A la réponse à la question du point 1.6 du rapport médical du 2 avril 2016, le Docteur J._____ indique que le problème principal est, depuis longtemps, le fait que la capacité de travail de l'assuré serait influencée de manière positive s'il avait une nouvelle place de travail, le cas échéant, auprès d'un nouvel employeur. Cela laisse supposer que Monsieur D._____ est apte au travail mais qu'il n'a pas d'emploi parce qu'il n'en trouve pas.

L'on ne voit pas comment, sur la base du rapport médical du 2 avril 2016, une incapacité de travail pourrait se justifier, et, a fortiori, du mois d'octobre 2014 jusqu'à la fin du mois d'avril 2016.

Par décision du 5 juillet 2016, confirmée sur opposition le 20 mars 2017, la N._____ a refusé d'accorder des indemnités journalières pour la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016.

Par arrêt du 21 mars 2019 (cause AM 21/17 - 10/2019), confirmé sur recours par le Tribunal fédéral (TF 9C_301/2019 du 26 juillet 2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par D._____. L'arrêt était fondé sur le raisonnement suivant :

6. En l'occurrence, le recourant soutient qu'il a présenté une incapacité totale de travailler du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016.

a) Sur le plan cardiologique, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une maladie cardiologique grave qui nécessite un traitement au long cours ainsi qu'un suivi régulier. Toutefois, il ressort clairement du rapport établi 25 avril 2016 par le Dr W._____ que la maladie était stable et qu'elle permettait, au regard des symptômes et des résultats des tests d'effort, l'exercice à plein temps d'une activité professionnelle adaptée. Dans la mesure où cet avis rejoignait les conclusions de l'expertise du Dr S._____ du 8 janvier 2014, il y a lieu d'en déduire que la situation n'avait pas évolué au cours de la période litigieuse. Les différents rapports produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente. S'ils mettent en évidence la présence d'une occlusion de la marginale en aval du pontage qu'il a subi le 21

novembre 2011 expliquant les symptômes (angor résiduel ; cf. rapport du 6 septembre 2017 du Dr X._____; rapport du Professeur Q._____, cardiologue, du 16 mai 2018), ils ne fournissent aucun renseignement précis relatif à la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, respectivement aucun indice que la situation du recourant sur le plan cardiologique se serait péjorée depuis l'expertise du Dr S._____ du 8 janvier 2014.

b) Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de constater que l'incapacité de travail attestée pour la période litigieuse ne ressort que des avis d'arrêt de travail établis par le Dr J._____. Toutefois, ce médecin n'a, tout au long de la procédure, jamais posé de diagnostic psychiatrique précis - la mention d'un état anxio-dépressif étant pour le moins imprécise - ni étayé son appréciation par une description circonstanciée des symptômes cliniques présentés par son patient. Le bref certificat médical établi le 5 septembre 2017 par le Dr J._____ n'est à cet égard d'aucune utilité. Aussi, il n'y a pas lieu, faute d'indices suffisants, de retenir que le recourant a souffert entre le 10 octobre 2014 et le 30 avril 2016 d'une atteinte à la santé psychique à l'origine d'une incapacité de travail.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a toujours été en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée au cours de la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016 et que, partant, il n'a pas présenté d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit aux indemnités journalières.

B. A la suite de l'arrêt rendu le 5 janvier 2016 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, D._____ a adressé le 9 juin 2016 à la N._____ une demande en réparation du dommage au sens de l'art. 78 LPGA. Il estimait pouvoir prétendre à une réparation, tant sur le plan financier que moral, en raison des divers manquements commis par la N._____ en lien avec la résiliation de son contrat d'assurance.

Par décision du 14 juillet 2016, la N._____ a rejeté la demande de réparation déposée par l'assuré, en s'appuyant sur les considérations suivantes :

En l'espèce, il y a lieu de rappeler que vous avez bénéficié du droit au libre passage dans l'assurance individuelle dès le 1^{er} juin 2013, que votre contrat n'a pas été résilié à la suite de l'arrêt du 5 janvier 2016 de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud et qu'une décision concernant votre incapacité de travail du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016 vous a été notifiée le 5 juillet 2016. De plus, vous êtes en possession du rapport du Dr Z._____ puisque vous l'avez produit dans la procédure AM 23/15 auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud.

Par ailleurs et s'agissant d'une éventuelle réparation financière, il sied de relever qu'aucun dommage n'a été causé illicitement à l'assuré.

En effet, la responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA suppose qu'une personne assurée ait subi un dommage, que ce dommage résulte d'un acte illicite et qu'il existe un lien de causalité entre l'acte et le dommage.

En l'espèce, et sur la base du dossier en question, rien ne permet d'affirmer que vous auriez subi un dommage quelconque. Vous n'alléguiez par ailleurs aucun dommage précis. Aucune pièce justificative n'a été produite à l'appui de ces prétentions, qui ne sont d'ailleurs pas précisées, ni chiffrées. Par ailleurs, l'assureur n'a commis aucun acte illicite in casu. Finalement, aucun lien de causalité ne peut donc être constaté.

En conclusion et au vu de ce qui précède, N._____ SA ne peut que refuser toute réparation au sens de l'art. 78 LPGA au motif premier qu'aucun dommage n'a pu être prouvé et qu'il appert ensuite qu'aucun dommage n'a été causé illicitement par la caisse-maladie.

C. **a)** Par acte du 26 août 2016, D._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise afin de chiffrer le dommage qu'il a subi consécutivement à la résiliation illégale de son contrat d'assurance.

b) Dans sa réponse du 28 octobre 2016, la N._____ a conclu au rejet du recours et de la requête d'expertise, reprenant pour l'essentiel les points développés dans sa décision du 14 juillet 2016.

c) Dans sa réplique du 17 novembre 2016, D._____ a explicité les reproches adressés à la N._____.

d) Par courrier du 25 novembre 2016, D._____ a requis de la Cour des assurances sociales qu'elle examine le bien-fondé du calcul des indemnités journalières versées par la N._____.

e) Dans sa duplique du 13 décembre 2016, la N._____ a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si 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 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur la responsabilité de l'intimée, au sens de l'art. 78 LPGA, pour le préjudice que le recourant aurait subi du fait de certains agissements de l'intimée.

c) Compte tenu de l'objet du litige tel qu'il a été défini, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner le bien-fondé du calcul

des indemnités journalières versées au recourant par l'intimée, un tel grief sortant manifestement du cadre du litige.

3. a) Selon l'art. 78 al. 1 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel. Selon l'art. 78a LAMal, l'institution commune, les assurés et les tiers doivent faire valoir leurs prétentions en réparation au sens de l'art. 78 LPGA auprès de l'assureur, qui statue sur celle-ci par voie de décision.

b) L'art. 78 al. 1 LPGA institue une responsabilité causale et ne présuppose donc pas une faute d'un organe de l'institution d'assurance. Les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent donc si un organe ou un agent accomplit, en sa qualité d'organe d'exécution de la loi, un acte illicite et dommageable. Il doit en outre exister un rapport de causalité entre l'acte et le dommage.

c) La condition de l'illicéité au sens de l'art. 3 al. 1 LRCF (loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires ; RS 170.32) - auquel renvoie l'art. 78 al. 4 LPGA - suppose que l'Etat, au travers de ses organes ou de ses agents, ait violé des prescriptions destinées à protéger un bien juridique. L'illicéité implique une atteinte à un bien juridiquement protégé, qu'il s'agisse de l'atteinte à un droit subjectif absolu (illicéité par le résultat ; *Erfolgsunrecht*) ou de l'atteinte au patrimoine par la violation d'une norme de protection du bien juridiquement atteint (illicéité par le comportement ; *Verhaltensunrecht*). Le patrimoine en soi n'est pas un bien juridique, son atteinte n'est donc pas illicite à elle seule. Les atteintes au patrimoine ne sont par conséquent illicites que si elles découlent d'un comportement proscrit en tant que tel par l'ordre juridique indépendamment de ses effets patrimoniaux (théorie objective de l'illicéité). La condition est que les normes de comportement violées visent la protection contre de telles atteintes. Le comportement exigé par la loi

peut consister soit dans une action, soit dans une omission – auquel cas il faut qu'il existât, au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait de prendre en faveur du lésé la mesure omise (position de garant vis-à-vis du lésé ; ATF 139 V 176 consid. 8.2 ; 137 V 76 consid. 3.2 ; 133 V 14 consid. 8.1).

4. En l'espèce, le recourant fait mention dans ses écritures de divers agissements qu'il estime répréhensibles.

a) En ce qui concerne la problématique du libre passage dans l'assurance individuelle, il convient de constater que l'intimée a reconnu, par courrier du 27 février 2014, qu'elle avait tardé à informer le recourant de son droit au libre passage et, partant, accepté de reporter le début de l'affiliation individuelle au 1^{er} décembre 2013, mois au cours duquel le recourant avait finalement signé la proposition d'assurance.

b) En ce qui concerne la problématique de la résiliation du contrat d'assurance, il convient de constater que le recourant a déféré à deux reprises cette problématique devant la Cour de céans, laquelle lui a donné raison les deux fois. Dans son arrêt du 5 janvier 2016 (cause AM 23/15 - 2/2016), la Cour de céans a, à propos de la résiliation intervenue le 30 décembre 2014, constaté, d'une part, que l'intimée avait contrevenu à cette occasion aux règles de la bonne foi et, d'autre part, que la résiliation du contrat d'assurance n'était pas intervenue valablement. Dans son arrêt du 14 décembre 2018 (cause AM 17/17 - 55/2018), la Cour de céans a, à propos de la résiliation intervenue le 29 juin 2016, constaté que l'intimée n'était pas fondée à résilier avec effet au 30 avril 2016 le contrat d'assurance en se fondant sur l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales.

c) En ce qui concerne la problématique du droit aux prestations pour la période courant du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016, il convient de constater que la Cour de céans a, dans son arrêt du 21 mars 2019 (cause AM 21/17 - 10/2019), lequel a été confirmé par le Tribunal fédéral (TF 9C_301/2019 du 26 juillet 2019), retenu que le recourant était

en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée au cours de cette période et qu'il n'avait pas présenté d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit aux indemnités journalières. Partant, il a admis que le point de vue défendu par l'intimée n'était pas critiquable.

d) En ce qui concerne finalement la problématique relative au prétendu défaut de production par l'intimée d'un rapport médical établi durant le courant de l'année 2012 par le Dr Z. _____ et attestant d'une incapacité totale de travailler pour la période courant du 7 février au 18 juin 2012, il convient de constater qu'un tel agissement, fût-il avéré, n'a eu aucune conséquence dommageable pour le recourant, dès lors que celui-ci a été normalement indemnisé par l'intimée durant la période couverte par le rapport médical du Dr Z. _____.

5. La question de savoir si les erreurs d'appréciation commises par l'intimée, telles que décrites au consid. 4a et 4b ci-dessus, sont constitutives d'un acte illicite au sens où l'entend la jurisprudence (cf. *supra* consid. 3c) peut demeurer en l'espèce indécise. Rien au dossier ne permet de retenir que le recourant aurait subi un dommage susceptible de fonder une prétention en réparation. On relèvera d'ailleurs que celui-ci est bien en peine de spécifier en quoi consiste son dommage, respectivement le montant du préjudice qu'il aurait subi, dès lors qu'il a invité la Cour de céans à mettre en œuvre une expertise sur ce point. S'il convient d'admettre que les rapports contractuels entre les parties ont été loin d'être harmonieux, comme en témoignent les multiples échanges de correspondance et les nombreuses procédures judiciaires qui les ont opposées, cela ne saurait suffire, loin s'en faut, à fonder une prétention en réparation du dommage subi.

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

c) Il n'y a pas lieu non plus d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 14 juillet 2016 par N._____ SA est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- D._____,
- N._____ SA,
- 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 :