

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2018

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

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à
Lausanne,

et

J._____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 67 et 71 al. 1 LAMal ; art. 1 par. 1 ALCP ; art. 4 Règlement
(CE) n° 883/2004**

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant [...] au bénéfice d'une autorisation de travail pour frontalier, W._____ (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 B._____ 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 J._____ SA (ci-après : J._____ SA ou l'intimée). Selon l'art. 7 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal valables pour les assurances du P._____ (éd. 01.01.2011), l'indemnité journalière était versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours.

W._____ s'est retrouvée 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, W._____ 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 le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Après avoir alloué à l'assuré des mesures d'ordre professionnel, l'OAI 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 [arrêt 9C_178/2017 du 4 avril 2017]), rejeté la demande de prestations.

c) Par courrier du 27 novembre 2013, J._____ SA a informé W._____ qu'il ne bénéficiait plus, à la suite de la cessation de ses activités auprès de la société B._____ 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 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 J._____ SA.

d) Par décision du 5 février 2014, J._____ SA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 9 février 2014. D'après les conclusions d'une expertise établie par le Dr N._____ (rapport du 22 janvier 2014), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 20 janvier 2014 au plus tard. Cette décision n'a pas été frappée d'opposition.

e) Dans un courrier reçu par J._____ SA le 6 février 2014, l'assuré a, en se référant au courrier précité du 27 novembre 2013, mis en exergue que l'assureur 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 J._____ SA.

Dans sa réponse du 27 février 2014, J._____ SA 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, J._____ SA 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 J._____ SA 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, J._____ SA 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, J._____ SA a confirmé la résiliation du contrat avec effet au 31 juillet 2014.

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

Le 30 décembre 2014, J._____ SA 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 J._____ 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, W._____ a formé opposition contre la décision du 30 janvier 2014.

Par décision du 11 mai 2015, J._____ SA 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, ch. 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. W._____ n'était plus au bénéfice d'une incapacité de travail, même partielle.
4. L'assuré s'est certes opposé à la décision de J._____ 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 W. _____ 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. W. _____ lui seront intégralement remboursées.

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

h) Après avoir complété l'instruction de son dossier, J. _____

SA 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 (BEGM02-F10 - Edition 01.01.2011) qui stipule que : « 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 W._____ contre cette décision a été rejetée par J._____ SA le 2 mars 2017.

B. **a)** Par acte du 1^{er} avril 2017, W._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation.

b) Dans sa réponse du 9 juin 2017, J._____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans la mesure où l'assuré avait confirmé qu'il n'était plus en incapacité de travail au 30 avril 2016 et qu'il n'avait pas d'emploi en Suisse, la couverture d'assurance avait cessé à cette date, conformément aux conditions générales, selon lesquelles la couverture d'assurance cessait pour le frontalier en qualité de membre individuel à la fin de l'incapacité de travail. Au surplus, le permis de frontalier de l'assuré étant échu au 18 août 2016, c'était au plus tard à cette date que la couverture d'assurance devait prendre fin.

c) Dans sa réplique du 23 août 2017, W._____, désormais représenté par Me David Métille, a relevé que, dans la mesure où l'interruption de l'activité professionnelle en Suisse était survenue pour des raisons totalement indépendantes de sa volonté, les motifs invoqués par J._____ SA ne lui étaient en aucune manière applicables.

d) Dans sa duplique du 15 septembre 2017, J._____ SA a indiqué n'avoir aucune remarque particulière à formuler.

e) Par lettre du 22 août 2018, le Juge instructeur a informé les parties qu'il envisageait d'examiner le bien-fondé de la décision de résiliation de l'assurance individuelle d'indemnités journalières sous l'angle des dispositions de l'Accord entre la Confédération suisse, d'une

part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681) et des règlements communautaires auxquels il renvoie, singulièrement sous l'angle des art. 4 (égalité de traitement) et 14 par. 4 (admission à l'assurance volontaire ou facultative continuée) 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).

f) Dans ses déterminations du 3 septembre 2018, J._____ SA a expliqué que les traités mentionnés dans la lettre du 22 août 2018 concernaient les travailleurs, les retraités et les chômeurs qui étaient ressortissants d'un Etat de la Communauté européenne ou de la Suisse. Dans la mesure où l'assuré n'était plus ni travailleur, ni retraité, ni chômeur, il fallait constater que ces traités n'étaient pas applicables en l'espèce. De plus, ces traités concernaient l'assurance obligatoire des soins et non pas l'assurance individuelle d'indemnités journalières. Au surplus, J._____ SA a rappelé que ses conditions générales avaient été approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et que, partant, elles étaient conformes à la législation suisse. Finalement, il a ajouté que les assureurs suisses n'étaient pas autorisés à effectuer des activités d'assurance à l'étranger.

g) Dans ses déterminations du 12 octobre 2018, W._____ a jugé qu'il était manifestement erroné de prétendre que les traités mentionnés dans la lettre du 11 août 2018 n'étaient pas applicables dans le cas d'espèce.

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 ; RSV 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 a pour seul objet le bien-fondé de la résiliation avec effet au 30 avril 2016 de l'assurance individuelle d'indemnités journalières dont le recourant était bénéficiaire depuis le 1^{er} décembre 2013. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'examiner dans le cadre du présent dossier la problématique liée au droit aux indemnités journalières, laquelle fait l'objet de la procédure AM 21/17 actuellement pendante devant la Cour de céans, ainsi que celle liée au non-paiement des primes d'assurance.

3. a) Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1).

L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, 1^{ère} phrase).

b) Selon l'art. 71 al. 1 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées ; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu. L'art. 71 al. 2 LAMal précise que l'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication.

c) Selon la jurisprudence, le frontalier qui doit sortir de l'assurance collective a le droit de passer dans l'assurance individuelle et d'y rester même si l'autorisation de frontalier dont il est titulaire arrive à échéance et n'est pas renouvelée pour cause de maladie (ATF 103 V 71 ; TFA K 21/98 du 28 janvier 2000 consid. 4b *in* RAMA 2000 KV 111 p. 115). Toutefois, le droit du frontalier de passer dans l'assurance individuelle s'éteint dès qu'il cesse son activité en Suisse pour des raisons étrangères à la maladie (TFA K 188/98 du 19 octobre 2000 consid. 2dd *in* RAMA 2001 KV 147 p. 40).

d) Au consid. 6.3 de l'arrêt K 96/02 du 1^{er} avril 2004, le Tribunal fédéral des assurances a laissé ouverte la question de savoir si les assureurs étaient autorisés à résilier le contrat des personnes domiciliées en zone frontalière en cas d'abandon de leur activité lucrative en Suisse, respectivement – dans l'hypothèse où, malgré la perte de leur statut de frontalier, elles peuvent rester dans l'assurance pour cause de maladie – à mettre un terme à la couverture d'assurance après qu'elles ont recouvré leur capacité de travail.

4. a) Le recourant, ressortissant d'un Etat partie à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP ; RS 0.142.112.681) a exercé une activité salariée en Suisse tout en résidant en [...]. Le litige relève donc de la coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale.

b) Selon l'art. 1 par. 1 de l'Annexe II de l'ALCP, intitulé « Coordination des systèmes de sécurité sociale », et la section A de cette annexe, en corrélation avec les art. 8 et 15 ALCP, les parties contractantes appliquent entre elles, en particulier, le 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 ; ci-après : règlement n° 883/2004) ainsi que le Règlement [CE] n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du Règlement [CE] n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11 ; ci-après : règlement n° 987/2009), ou des règles équivalentes à ceux-ci.

c) De manière générale, une prestation peut être considérée comme une prestation de sécurité sociale au sens de l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004 lorsqu'elle est octroyée, en dehors de toute appréciation individuelle et discrétionnaire des besoins personnels, au bénéficiaire sur la base d'une situation légalement définie et où elle se rapporte à l'un des risques expressément énumérés. Savoir si une prestation entre dans le champ d'application de l'art. 3 par. 1 du règlement ne dépend pas de la qualification qui est donnée par le droit interne, mais de ses éléments constitutifs, en particulier de son but et des conditions de son octroi. La prestation doit présenter un lien suffisant avec l'un des risques mentionnés exhaustivement à l'art. 3 par. 1 du règlement n° 883/2004 (ATF 144 V 2 consid. 5.2 ; 141 III 28 consid. 3.2.2 ; cf. ATF 138 V 392 consid. 4.3.1 et les arrêts cités de la Cour de justice des Communautés européennes [CJCE, actuellement la Cour de justice de l'Union européenne, CJUE]). A ce titre, il n'est pas contestable que les

prestations allouées au titre de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal constituent des prestations de sécurité sociale entrant dans le champ d'application matériel du règlement n° 883/2004 (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^{ème} éd. 2016, n° 73 p. 432).

d) En vertu des art. 5 let. b et 14 par. 4 du règlement n° 883/2004, toute personne qui, par le passé, à un moment quelconque, a été soumise à la législation d'un Etat membre sur la base de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée, a le droit d'être admise à l'assurance facultative continuée d'un Etat membre, sans que ne puisse lui être opposée une clause de domicile ou de résidence (Bettina KAHIL-WOLFF, *Droit social européen*, 2017, n° 1089 p. 601 ; voir également Heinz-Dietrich STEINMEYER *in* *Europäisches Sozialrecht*, 7^{ème} éd. 2018, n° 8 *ad* art. 14 du règlement n° 883/2004).

e) D'après l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient, à moins que le présent règlement n'en dispose autrement, des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Selon la jurisprudence, l'art. 4 du règlement n° 883/2004 prohibe non seulement les discriminations ostensibles fondées sur la nationalité (discriminations directes), mais encore toutes formes dissimulées de discrimination qui, par application d'autres critères de distinction, aboutissent en fait au même résultat (discriminations indirectes). A moins qu'elle ne soit objectivement justifiée et proportionnée à l'objectif poursuivi, une disposition de droit national doit être considérée comme indirectement discriminatoire dès lors qu'elle est susceptible, par sa nature même, d'affecter davantage les ressortissants d'autres Etats membres que les ressortissants nationaux et qu'elle risque, par conséquent, de défavoriser plus particulièrement les premiers. Il en est ainsi d'une condition qui peut être plus facilement remplie par les travailleurs nationaux que par les travailleurs migrants

européens (ATF 144 V 2 consid. 7.1 ; 143 V 1 consid. 5.2.4 ; 142 V 538 consid. 6.1 ; 136 V 182 consid. 7.1 et les références citées).

5. **a)** Sur le vu de ce qui précède, 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.

6. **a)** Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 2 mars 2017 annulée.

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

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), montant qui couvre l'indemnité d'office à laquelle pourrait prétendre le conseil du recourant au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 2 mars 2017 par J. _____ SA est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. J. _____ SA versera à W. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour W. _____),
- J. _____ 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 :