

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 octobre 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

A.Z. _____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à
Fribourg,

et

L. _____, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA ; art. 67 et 72 al. 2 LAMal

E n f a i t :

A. A.Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille pour le compte de la société W._____, à [...], dont son frère, B.Z._____, est l'administrateur unique, avec droit de signature individuelle. Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, l'assuré bénéficie d'une assurance perte de gain maladie auprès de L._____, membre K._____ (ci-après : L._____ ou l'intimée). Il est également assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA).

Le 5 mars 2012, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Aux termes de la déclaration de sinistre du 23 mars 2012 à l'assureur-accidents, l'intéressé s'est blessé au dos en manipulant un engin de chantier. Les premiers soins ont été donnés par les F._____ (ci-après : F._____). La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport médical du 10 avril 2012 à la CNA, la Dressej._____, médecin aux F._____, a posé le diagnostic de traumatisme du rachis lombaire et des muscles paravertébraux, attestant une totale incapacité de travail du 5 au 9 mars 2012, avec reprise en plein dès le 10 mars 2012.

Dans un rapport du 25 juillet 2012 au Dr V._____, médecin traitant, le Dr C._____, Chef de clinique au Service de rhumatologie du B._____ (ci-après : B._____), a mis en évidence un status après contusion dorsolombaire le 5 mars 2012, une dysfonction de la sacro-iliaque droite, des séquelles de Scheuermann étagé et des discopathies lombaires basses. Suspectant une atteinte des sacro-iliaques, le médecin a demandé un examen complémentaire par IRM et attesté une incapacité de travail jusqu'à la prochaine consultation. Le 30 août 2012, le Dr C._____ a indiqué que l'IRM des sacro-iliaques avait confirmé une synovite avec des irrégularités et des érosions sur le versant iliaque de la sacro-iliaque

droite et un œdème pouvant très bien entrer dans le contexte d'une spondylarthropathie.

Dans un avis du 23 octobre 2012 et après examen de l'assuré, le Dr S._____, médecin conseil de la CNA, a posé l'appréciation suivante :

« (...)

L'examen clinique est dominé par un comportement douloureux.

Objectivement, la musculature para-vertébrale est tendue dans toute la région lombaire dont la palpation superficielle est diffusément douloureuse. La flexion antérieure du tronc est nettement limitée alors que la projection postérieure, les inclinaisons latérales et les rotations sur l'axe sont plus libres, le patient faisant valoir des douleurs lombaires basses, prédominant à droite. On note une ébauche d'inversion du rythme lombo-pelvien au redressement du tronc. Les changements de position sont lentement effectués chez un patient qui grimace et se plaint, tandis que la station assise prolongée est soutenue sans gêne apparente. La sollicitation de la sacro-iliaque droite est électivement douloureuse. La manœuvre de Lasègue entraîne rapidement des douleurs à la face postérieure des cuisses mais elle n'est pas bloquée. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Si un substrat anatomo-pathologique ne fait guère de doute, une certaine majoration des symptômes est également évidente chez un patient qui ne fait pas bonne impression.

On va quand même essayer de l'aider en l'adressant à la X._____
[X._____] où il conviendra également de préciser le diagnostic. Au terme de ce séjour, la responsabilité de l'assurance-accident ne devrait plus être engagée. »

Dans un rapport du 6 décembre 2012 au Dr C._____ qui l'avait sollicité, le Dr Q._____, Médecin Chef au Service de rhumatologie du B._____, a posé les diagnostics de très vraisemblable spondylarthrite HLA-B27 négatif avec sacro-iléite bilatérale et syndrome inflammatoire, ainsi que de status après exacerbation des symptômes après un traumatisme sur chute en mars 2012. A l'issue de sa consultation, le rhumatologue a retenu qu'à l'anamnèse, on ne retrouvait aucun élément en faveur d'une spondylarthropathie, tant sur le plan systémique que familial. L'examen clinique avait également été peu relevant, sans évidence clinique de sacro-iléite. Par contre, les examens biologiques montraient un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 32 et une CRP à 31, le HLA-B27 étant absent. Le Dr Q._____ estimait

que l'ensemble de ces éléments permettaient raisonnablement de retenir le diagnostic de probable spondylarthropathie HLA-B27 négatif ; cependant, comme il demeurait des doutes, il a proposé de reconstrôler ultérieurement le syndrome inflammatoire pour vérifier s'il persistait et s'il n'était pas associé à une infection intercurrente.

L'assuré a séjourné à la X._____ (ci-après : X._____) du 4 au 28 décembre 2012. Dans ce cadre, il a fait l'objet d'un examen de l'appareil locomoteur, d'un examen psychiatrique et d'un programme de physiothérapie. Il a également subi une radiographie de la colonne lombaire et une IRM de la colonne lombaire et sacro-iliaque les 20 et 27 décembre 2012. Aux termes du consilium psychiatrique du 7 décembre 2012, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté l'absence de diagnostic psychiatrique. Dans un rapport du 12 décembre 2012 établi à l'issue de la consultation de l'appareil locomoteur du 7 décembre 2012, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, s'est déterminée en ces termes :

« (...)

L'anamnèse n'évoque à aucun moment un rhumatisme inflammatoire sous-jacent. Les lombalgies sont mécaniques ; il n'y a pas de raideur matinale, ni de réveil nocturne ; on ne retrouve pas de signe d'atteinte périphérique ni enthésitique ; il n'y a pas de réponse aux AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens].

L'examen clinique est normal, hormis la reproduction des douleurs à la palpation de la jonction lombo-sacrée, en ilio-lombaire droit et de la région de la sacro-iliaque droite. Il n'y a pas de signe radiculaire et les amplitudes du rachis lombaire et cervical sont conservées.

L'imagerie en particulier l'IRM des sacro-iliaques montre quelques signes d'une inflammation. Toutefois ces signes sont modestes, et les images radiologiques ne devraient pas être valorisées dans un contexte clinique paraissant être purement mécanique. Au plan biologique, il n'y a pas d'important syndrome inflammatoire (VS 21mm/h et CRP 5,7 mg/l. Le HLA B27 est absent.

A l'heure actuelle, on n'a pas suffisamment d'argument permettant de retenir un diagnostic de spondylarthropathie à l'origine des plaintes sur la seule base de l'imagerie, en l'absence de clinique convaincante et de la négativité du HLA B27. En outre, avant le traumatisme, le patient dit n'avoir jamais souffert de lombalgies ni d'autres plaintes ostéo-articulaires. Les douleurs sont apparues après un traumatisme avec une contusion lombaire. Il s'agit ici enfin de rechercher d'autres facteurs que somatiques à l'origine de la mauvaise évolution, en particulier les facteurs personnels et contextuels. »

Dans un avis de sortie du 27 décembre 2012, la X._____ a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, de contusion lombaire le 8 mars 2012 et de discrets troubles lombaires dégénératifs.

Dans un rapport de synthèse du 28 janvier 2013, les Drs M._____, chef de clinique et P._____, médecin-assistant auprès du département de réadaptation de l'appareil locomoteur de X._____, ont posé les diagnostics de contusion lombaire le 8 [recte : 5] mars 2012, de discrets troubles lombaires dégénératifs, de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance lombaires et de suspicion de spondylarthrite HLA B-27 négatif, au sujet de laquelle ils ont renvoyé à l'avis spécialisé de la Dresse H._____. Les médecins ont attesté une totale incapacité de travail du 4 décembre au 31 décembre 2012, une reprise de l'activité de chapeur étant possible à 100% dès le 1^{er} janvier 2013. Ils ont en outre apprécié la situation en ces termes :

« Au total, 9 mois après une contusion lombaire, il persiste des lombalgies. Le bilan radiologique a été complété par une IRM lombaire avec des coupes sacro-iliaques le 27.12.2012, ne montrant pas d'anomalie de signal évoquant une pathologie traumatique ou compressive. On ne retrouve pas d'anomalie de signal sur les sacro-iliaques. Le patient doit revoir le Dr Q._____ du B._____ dans le cadre d'une suspicion de spondylarthrite. Les documents d'imagerie ont été transmis au patient. Actuellement, la symptomatologie annoncée ne peut être expliquée par les seules anomalies rapportées sur l'IRM sacro-iliaque du 14.08.2012. Il n'y pas d'élément évoquant une pathologie traumatique et par conséquent pas d'indication à prolonger l'incapacité de travail pour ce qui concerne l'accident. Des facteurs contextuels participent à l'évolution difficile et la reprise de son activité va poser problème. »

La CNA a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2012.

A teneur d'une note téléphonique du 14 janvier 2013, l'assuré a annoncé à la CNA qu'il avait tenté de reprendre le travail le matin même mais que cela « n[']allait pas du tout ». Il se trouvait couché sur son chantier, attendant que son patron puisse le reconduire à son domicile. Il avait « très mal » et voulait « se reposer ».

Dans un certificat du 21 janvier 2013, le Dr V._____ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 14 janvier 2013 en raison de maladie. Le médecin a prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 2 juin 2013. L'assuré a ensuite repris son activité à 50% et a travaillé à ce taux réduit tout au moins jusqu'au 15 janvier 2014, voire jusqu'au 30 septembre 2014, selon les affirmations de l'assuré dans son acte de recours.

b) Le 14 février 2013, l'entreprise W._____ a annoncé l'incapacité de travail de l'assuré à L._____, précisant que la maladie consistait en problèmes de dos et que l'incapacité avait débuté le 14 janvier 2013 à 9h00.

Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil K._____, a examiné l'assuré le 4 mars 2013. Dans son rapport du 5 mars 2013 à l'assureur-maladie, il s'est exprimé en ces termes :

« Je suis en mesure de vous confirmer les faits suivants :

- L'assuré est très vraisemblablement porteur d'une affection rhumatismale évolutive.
- La symptomatologie douloureuse a été exacerbée après un traumatisme sur chute le 05 mars 2012 qui ne déploie plus ses effets à l'heure actuelle.
- C'est à juste titre que la Suva a mis un terme à ses prestations pour les suites de cet accident.
- Monsieur A.Z._____ n'est plus apte à reprendre son activité de maçon et, l'affection étant évolutive et le traitement non encore efficace, sa maladie n'est pas stabilisée. Dans ces conditions, l'assurance AI ne peut intervenir pour un recyclage professionnel.

Comme dernière information, je porte à votre attention que le Docteur Q._____ a fait une demande auprès de l'assurance-maladie de Monsieur A.Z._____ (O._____), pour un traitement ciblé de l'affection en question.

L'assuré doit revoir le Docteur Q._____ le 26 mars prochain et celui-ci lui fera connaître le planning de ce traitement.

Un rapport médical est à demander au Docteur Q._____ début juin 2013.

En attendant, l'incapacité de travail est justifiée jusqu'à cette date, à 100%. »

L._____ a alloué à l'assuré des indemnités journalières pour la période courant du 14 janvier au 30 avril 2013, compte tenu d'un délai d'attente contractuel de 14 jours, pour un montant total de 14'456 fr. 85.

L'assureur a convoqué l'assuré le 13 mai 2013 à son agence de Lausanne en vue d'un entretien, dont le contenu a été retranscrit dans un procès-verbal du même jour, dûment signé par l'intéressé. L._____ a également confié la surveillance de l'assuré à l'agence de détectives privés R._____ du 13 au 17 mai 2013, puis durant la journée du 27 mai 2013. Dans un rapport d'observation non daté, le détective privé a fait part de ses constatations quant à l'emploi du temps de l'assuré.

Le 10 juin 2013, L._____ est entrée en possession d'un certificat médical établi le 21 mai 2013 au Département de l'appareil locomoteur du B._____, attestant une reprise du travail à 50% dès le 3 juin 2013.

L'assuré a été convoqué une seconde fois le 24 juin 2013 dans les locaux de L._____ à Lausanne. L'entretien a donné lieu au procès-verbal suivant, dont chaque page a été signée par l'assuré :

« Q : Confirmez-vous le contenu de votre déclaration du 13 mai 2013 ?

R : Oui.

Q : Quelle est l'évolution actuelle de votre situation médicale et professionnelle ?

R : Depuis le 3 juin 2013, j'ai repris le travail auprès de mon employeur à 50%. Je travaille en général les matinées de 08h00 à 12h00. Il m'arrive néanmoins parfois de travailler l'après-midi. Je me permets de vous faire part de mon mécontentement quant à la gestion de mon dossier. En effet, aujourd'hui j'ai été convoqué à l'improviste. Je n'ai reçu aucune convocation écrite. Par ailleurs, je n'ai pas reçu le versement de mes indemnités depuis le mois de mai 2013. Mon employeur et moi-même envisageons de résilier tous nos contrats auprès de votre assurance.

Q. : Vous nous avez indiqué être lisseur de béton, mais également occuper la fonction de chef d'équipe auprès de l'entreprise W. _____, dont vous êtes associés à 50% avec votre frère B.Z. _____. Confirmez-vous votre déclaration ?

R : Oui. Actuellement je m'occupe principalement des transports pour l'entreprise. Cela consiste par exemple à effectuer le transport des ouvriers d'un chantier à un autre, au moyen d'une camionnette. Je m'occupe également de faire les achats de matériel et je me déplace sur les réunions de chantier avec les architectes et d'autres chefs d'équipe.

Q : Vous avez déclaré être parti en vacances au T. _____ le 29 décembre 2012 durant une semaine, en famille et en avion, et n'avoir, hormis ce voyage, jamais quitté votre domicile ou la Suisse. Confirmez-vous votre déclaration ?

R : Oui.

Q : Le 13 mai 2013, vous nous avez indiqué avoir subi une crise de maux de dos du 7 au 12 mai 2013. Vous auriez été totalement incapable de bouger les deux premières journées et une lente amélioration aurait ensuite été ressentie. Confirmez-vous votre déclaration ?

R : Oui

Q : Ne devez-vous pas admettre avoir pris l'avion durant la période en question ?

R : Non, en aucun cas. Je n'ai pas quitté la Suisse depuis fin 2012.

Q : Ne devez-vous pas admettre vous être rendus N. _____, notamment accompagné de votre frère B.Z. _____ ?

R : Je ne me suis jamais rendu N. _____. Je me suis rendu à [...], mais cela remonte à plusieurs années en arrière.

Q : Nous vous présentons une photographie n° 38. Qu'avez-vous à dire ?

R : Cette photo a été prise à la plage [...] (à Lausanne). A la réflexion, cette photo a été prise à B.C. _____, je crois au mois de mai 2013. J'y ai passé deux ou trois jours en compagnie de mes amis, mais je ne tiens pas à vous communiquer leur identité. Vous me demandez si mon frère B.Z. _____ m'a accompagné lors de ce voyage. Je ne m'en souviens pas.

Q : Pouvez-vous nous indiquer quel a été votre emploi du temps, le 13 mai, soit juste après notre entretien à l'agence de Lausanne ?

R : Je ne m'en souviens plus mais je pense n'avoir rien fait de spécial. Je suis certainement rentré à la maison, mais je n'ai aucun souvenir précis. Pour répondre à votre question, je ne me rappelle pas avec quel moyen de transport je suis rentré à mon domicile.

Q : Pouvez-vous nous indiquer quel a été votre emploi du temps, le 14 mai 2013, soit le jour suivant notre premier entretien ?

R : Non, je n'en ai aucun souvenir.

Q : Ne devez-vous pas admettre avoir travaillé toute la journée en question, sur un chantier de villa de la commune de M.N. _____ ?

R : Non, jamais de la vie. Je ne connais pas la commune de M.N. _____ et je ne connais personne pouvant y résider. A la réflexion, il est possible que je me sois rendu sur un chantier pour une visite, mais notre entreprise compte tellement de chantiers différents que je ne les connais pas tous de nom.

Pour répondre à votre question, j'ai effectué plusieurs visites de chantier depuis le début de l'année 2013, seul ou accompagné de mon frère. Je ne suis pas en mesure de vous donner un chiffre quant au nombre de chantiers visités.

Ces visites consistent principalement à faire un état des lieux des chantiers, notamment au début ou à la fin des travaux. Elles durent entre 15 ou 60 minutes. Je n'ai pas forcément rendez-vous avec quelqu'un lorsque je les effectue.

Q : Nous vous informons que votre présence a été observée sur un chantier le 14 mai 2013, toute la journée. Qu'avez-vous à dire ?

R : Rien. Je n'en ai aucun souvenir.

Q : Nous vous présentons une photo prise lors de votre sortie du chantier. Qu'avez-vous à dire ?

R : A la réflexion, il est possible que je me sois trouvé sur un chantier le jour en question mais je n'en ai aucun souvenir. Il est possible que je m'y sois rendu pour faire un contrôle, mais je ne pense pas y être resté toute la journée.

Vous me faites remarquer qu'à la date en question, je me trouvais en arrêt maladie à 100%. Je vous réponds que mon médecin ne m'a pas empêché de sortir faire des promenades ou des marches. Je ne vois donc pas où est le problème.

Pour répondre à votre question, il s'agit vraisemblablement d'un chantier W. _____. Une fois encore, je ne vois pas où est le problème.

Q : Vous nous avez déclaré avoir dû mettre un terme à toute activité sportive depuis le mois de mars 2012 et être incapable de soulever des poids, même inférieurs à 10 kg. Qu'en est-il ?

R : Je confirme cela.

Q : Ne devez-vous pas admettre avoir pratiqué le ski au début de l'année 2013, notamment en compagnie de votre frère B.Z. _____ ?

R : Je ne me souviens pas avoir pratiqué le ski cette année, mais c'est possible. Je n'ai rien d'autre à ajouter.

Q : Nous vous présentons une photographie n°30 sur laquelle vous fréquentez une salle de fitness, soulevant des poids excédant de loin les 10 kg indiqués. Qu'avez-vous à dire ?

R : Cette photo a été prise en Suisse dans un club de fitness près de [...]. J'y ai uniquement fait un essai, j'ignore le nom et l'adresse de ce centre. Je n'ai rien d'autre à dire. Je ne sais pas à quelle date cette photo a été prise.

Q : Etes-vous certain que cette photo a été prise en Suisse ?

R : Je ne sais pas, peut-être. Je ne sais plus où a été prise cette photo.

Q : Cette photo n'a-t-elle pas été prise en P.Q. _____ ?

R : Je ne me suis jamais rendu en P.Q. _____. Vous me demandez si ce cliché aurait pu être pris au T. _____, je vous réponds que je ne sais pas.

Q : Vous nous avez indiqué de pouvoir effectuer que de petits déplacements en voiture. Confirmez-vous votre déclaration ?

R : Oui.

Q : Ne devez-vous pas admettre vous être rendu en P.Q. _____ en voiture, début 2013, notamment accompagné de votre frère B.Z. _____, et vous être rendu sur des chantiers ?

R : Je ne me suis jamais rendu au T. _____ en voiture cette année. Ma voiture n'a pas quitté la Suisse. Vous me présentez une photographie n° 26. Je vous indique que le véhicule de mon frère y figurant se trouve au dépôt de notre entreprise, en Suisse. Vous me présentez une photographie n° 25 sur laquelle figure mon véhicule. Je vous indique que ce cliché a été pris au T. _____ en 2010. Elle a probablement été publiée par mon neveu résidant au T. _____. Je ne sais pas pourquoi il l'a publiée au printemps 2013.

Q : Ne devez-vous pas admettre vous être rendu, au mois de mars 2013, en I. _____ ?

R : Non, pas du tout. A la réflexion, je crois effectivement m'être peut-être rendu en I. _____, mais il s'agissait probablement de l'année 2012. Je n'ai rien d'autre à vous dire.

Q : Ne devez-vous pas admettre vous être rendu à [...] en famille ?

R : Je ne veux pas vous dire non, mais je ne m'en souviens pas. »

Par courrier du 1^{er} juillet 2013, L. _____ a nié le droit de l'assuré à toute prestation dès le 14 janvier 2013. L'assureur a retenu qu'au vu des informations recueillies et des déclarations contradictoires de l'intéressé, l'incapacité de travail annoncée dès cette date n'était pas justifiée. L. _____ a réclamé la restitution des indemnités versées à tort durant la période, à hauteur de 14'456 fr. 85, ainsi que le remboursement par l'assuré de 7'357 fr. au titre des frais d'investigation occasionnés par son comportement.

Le 22 juillet 2013, L._____ est entrée en possession d'un certificat médical de la Dresse Q.R._____, médecin assistante au B._____, attestant une incapacité de travail du 14 au 17 juillet 2013 et prévoyant une reprise en plein le 18 juillet 2013, ainsi que d'un second certificat du 17 juillet 2013 émanant du Département de ...]l'appareil locomoteur du B._____, faisant état d'une totale incapacité de travail du 17 au 20 juillet 2013, puis à 50% du 22 juillet au 5 août 2013. Par certificats des 7 août et 16 octobre 2013 toujours établis au B._____, l'incapacité de travail à 50% a été prolongée jusqu'au 15 janvier 2014.

Dans un rapport du 19 novembre 2013, répondant aux questions de Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique, représentante de l'assuré, le Dr Q._____ s'est exprimé en ces termes :

« Quel est votre diagnostic en l'espèce et quel est l'état médical actuel de notre assuré ?

Ce patient souffre d'une spondylarthrite avec une atteinte sacro-iliaque bilatérale diagnostiquée il y a plusieurs mois et traitée actuellement par anti-TNF.

Depuis le 15 janvier 2013, malgré ce traitement, il persiste des lombalgies en partie mécaniques exacerbées par le travail lourd sur un chantier. A noter que la spondylarthrite a été découverte à l'occasion d'un traumatisme avec chute sur le dos qui a déclenché la symptomatologie inflammatoire, persistante depuis.

L'incapacité de travail de M. A.Z._____ était-elle, selon vous, justifiée? L'était-elle toujours à ce jour ? Si oui, sur quels éléments médicaux vous basez-vous ?

Oui à 50%. Je me base sur les plaintes du patient qui annonce la persistance de lombalgies irradiant dans les deux fesses ne répondant que partiellement au Dafalgan ainsi qu'au traitement de fond. Il n'y a par contre, actuellement, pas de limitation de la mobilité du rachis.

Les douleurs sont-elles augmentées par l'activité ?

Oui, selon le malade, incontestablement.

Quelles sont les activités de la vie courante que notre assuré ne peut plus réaliser pour des raisons médicales ?

Il n'y en a aucune dans la vie courante. En revanche, au travail, lors du port de charges et en terrain accidenté, les douleurs s'exacerbent.

Est-ce que M. A.Z._____, au vu de son état de santé, pouvait voyager ? Si oui, en voiture et en avion ?

Oui, il n'y a pas de limitation pour les voyages en voiture sauf si ceux-ci durent plus d'une dizaine d'heures. En avion, pas de limitation.

Son état de santé lui permet-il de soulever des poids ? Si oui, dans quelle mesure?

Non, en tout cas pas de manière continue, ni des charges importantes plusieurs heures de suite.

Pouvait-il s'occuper d'un enfant en bas âge (la changer, la porter, sortir se promener...) ?

Ceci doit être possible.

M. A.Z. _____ pouvait-il pratiquer une activité physique, telle que le ski par exemple ?

Une telle activité n'est pas indiquée et n'est pas conseillée compte tenu de la pathologie présentée par le patient.

Avez-vous des remarques à formuler ?

Aucune. »

Par décision formelle du 22 novembre 2013, L. _____ a confirmé sa demande de restitution de 21'813 fr. 85, représentant les indemnités versées par 14'456 fr. 85 et les frais d'investigation occasionnés par le comportement de l'assuré, à concurrence de 7'357 francs. L'assureur a précisé qu'elle ne reconnaissait plus de valeur probante aux attestations médicales en sa possession. Il a au surplus exclu l'assuré des personnes assurées avec effet au 30 novembre 2013.

Statuant sur opposition le 31 mars 2014, L. _____ a notamment retenu qu'entre janvier et mai 2013, l'assuré avait publié plusieurs photos de lui sur le réseau social Facebook, dont certaines depuis son téléphone mobile, démontrant que durant cette période, il s'était notamment rendu à [...] en famille, avait pratiqué du ski à plusieurs reprises, avait séjourné N. _____ et s'était rendu au T. _____, avec son frère, patron de l'entreprise, chacun au volant de son propre véhicule. Lors de l'entretien du 24 juin 2013 dans les locaux de l'assureur-maladie, l'assuré avait finalement reconnu avoir effectué un voyage à B.C. _____ avec des amis en mai 2013, mais déclaré ne pas se souvenir avoir pratiqué du ski en 2013, sans toutefois pouvoir l'exclure. Il avait en outre contesté s'être rendu au T. _____, mais n'avait pas démenti avoir séjourné en I. _____, précisant qu'il ne s'en souvenait pas. L'assuré avait finalement admis qu'il était possible qu'il se soit rendu à plusieurs reprises sur divers chantiers, entre autre le 14 mai 2013, pour y effectuer un simple contrôle, affirmant cependant ne pas y être resté toute la journée, alors qu'une observation contredisait ses dires. L. _____ a conclu de ces

éléments que les déclarations signées par l'assuré ne coïncidaient pas avec les diverses observations faites. Forte de ces éléments, l'assurance-maladie a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 22 novembre 2013, niant le droit aux indemnités journalières dès le 14 janvier 2013 et demandant le remboursement de la totalité des prestations versées depuis cette date ainsi que des frais d'enquête, pour un total de 21'813 fr. 85.

c) A.Z._____, par l'entremise de Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique, a recouru contre la décision sur opposition du 31 mars 2014. Il a conclu à ce que dite décision soit annulée et que son incapacité de travail dès le 14 janvier 2013 ainsi que son droit aux indemnités journalières soient reconnus.

d) Par arrêt du 3 août 2015, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision entreprise et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le tribunal a en substance fait grief à L._____ de ne pas avoir suivi l'avis de son médecin-conseil, le Dr D._____, qui, dans son rapport du 5 mars 2013, avait préconisé de demander un nouveau rapport au Dr Q._____ début juin 2013, optant pour une surveillance de l'assuré par un détective privé. Le tribunal avait également constaté que l'intimée n'avait pas satisfait à l'exigence jurisprudentielle selon laquelle le matériel d'observation devait être soumis à un regard et une appréciation médicale, par exemple en sollicitant l'avis de son médecin-conseil. Il a donc renvoyé la cause à L._____, avec pour instruction de compléter l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier l'état de santé du recourant et les répercussions de celui-ci sur sa capacité de travail. Cet arrêt, non contesté, est entré en force. Au cours de l'échange d'écritures, le recourant a transmis au tribunal une confirmation de réservation pour un vol [...] du 9 mai 2013 au nom du recourant et de son frère B.Z._____ de Genève à B.C._____, avec retour le 12 mai 2013, ainsi que pour une chambre triple dans un hôtel du 9 au 12 mai 2013 à B.C._____.

B. Reprenant l'instruction de la cause, L._____ est entrée en possession d'un rapport du 1^{er} juillet 2015 du Service des Urgences du B._____, consulté par l'assuré à la suite d'une chute le 30 juin 2015 sur un chantier. L'examen radiologique pratiqué le jour même s'était révélé sans particularité, un arrêt de travail étant prescrit du 30 juin au 7 juillet 2015.

Dans un rapport du 30 noS.T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de [...], a décrit un patient en excellent état général avec un syndrome lombo-vertébral modéré, sans syndrome irritatif ou déficitaire au niveau des membres inférieurs. La Dresse S.T._____ n'a retenu que des lombalgies basses à droite avec probablement une souffrance de la sacro-iliaque droite. Une radiographie du rachis lombaire et du bassin pratiquée le même jour avait notamment permis de constater l'absence d'anomalie visible au niveau des articulations sacro-iliaques. Elle a ordonné une IRM pour faire la part des choses entre la participation inflammatoire de ce syndrome douloureux et une simple contusion lombaire.

Le 2 décembre 2015, l'assuré s'est soumis à une IRM de la région lombaire et des sacro-iliaques, laquelle a permis d'exclure toute atteinte inflammatoire du rachis lombaire. L'examen a mis en évidence des discrètes anomalies de signal du pied des articulations sacro-iliaques des deux côtés avec un remplacement adipeux sous-chondral, possiblement séquellaire d'une sacro-iléite, une origine mécanique ne pouvant être exclue. L'assuré présentait également des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans sténose canalaire ni foraminale.

Dans un rapport du 28 décembre 2015 au Dr V._____, les Dresses H.I._____ et K.L._____, cheffe de clinique et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie du B._____, ont indiqué que l'assuré avait séjourné dans leur service du 29 novembre au 4 décembre 2015, en raison de lombalgies. Les médecins ont posé le diagnostic principal de rachialgies d'origine mixte avec troubles dégénératifs (discopathies L4-L5 et L5-S1, avec déchirure de l'anneau fibreux

postérieur à ces deux étages et troubles myofasciaux). Aux titres des diagnostics secondaires, elles ont retenu une possible spondylarthrite ankylosante avec atteinte axiale et HLA-B27 absent, tout en précisant à ce propos qu'on ne retrouvait que de légères anomalies des pieds des sacro-iliaques bilatérales inchangées, plutôt d'aspect séquellaire, sans lésion inflammatoire active.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 20 janvier 2016, le Dr Q._____ a émis des doutes quant au diagnostic de spondylarthropathie, la nouvelle IRM mettant en avant des lésions plutôt séquellaires, et a conclu à des troubles dégénératifs. Il a également observé une majoration des symptômes probables avec recherche de bénéfices secondaires. Le Dr Q._____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'en mars 2016.

Par courriers des 1^{er} février et 4 mars 2016, L._____ a demandé à l'assuré la production de ses déclarations fiscales et avis de taxation de 2012 et 2013, les relevés détaillés de ses comptes bancaires de 2013, le décompte de cartes de crédits de 2013 et 2014, la copie de ses factures de téléphone portable de janvier 2013 à janvier 2014, ainsi que la présentation de son passeport original. L'assureur l'a rendu attentif qu'en l'absence de preuves contraires permettant d'exclure la pertinence des publications sur son compte Facebook, celles-ci seraient prises en compte par le médecin-conseil dans l'évaluation de sa capacité de travail.

L._____ a soumis le dossier de l'assuré à l'appréciation du Dr V.W._____, médecin-conseil K._____. Dans un rapport du 24 août 2016, le Dr V.W._____ a répondu en ces termes aux questions de l'assureur :

« 1) Les plaintes douloureuses de l'assuré sont-elles hautement vraisemblables et cohérentes avec son comportement ?

La réponse est clairement NON. En effet il paraît extrêmement peu probable qu'une personne souffrant d'une « très vraisemblable spondylarthrite ankylosante avec sacro-iléite bilatérale et syndrome inflammatoire », comme décrit dans le rapport médical du B._____ du 06.12.2012, à l'arrêt de travail à 100%, puisse faire du ski en début février 2013, et puisse se retrouver dans des positions telles que celles observées sur la photo 11, positions impossible à réaliser

pour quelqu'un qui souffre d'une pathologie inflammatoire du dos et des articulations sacro-iliaques (voir photos 11 et 12). De plus il paraît peu probable qu'une telle personne puisse porter un enfant dans ses bras (photo 14).

Si l'assuré peut le faire (photos 11, 12 et 14 du début février 2013), cela veut dire que l'incapacité de travail n'est plus du tout justifiée.

La photo numéro 24 montre un homme faisant des efforts marqués pour soulever d'importants poids, sur un appareil de fitness. Là aussi, si l'assuré pouvait faire cela, le 25.04.2013, l'incapacité de travail ne se justifiait plus.

Le comportement de l'assuré tel qu'il est décrit dans l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA du 23.10.2012, dans le consilium psychiatrique de la X. _____ du 07.12.2012 et dans le rapport médical final de cette clinique du 28.01.2013 semble assez éloigné du comportement de l'assuré tel que l'on peut l'observer sur de nombreuses photos du dossier photographique du début de l'année 2013. En effet, lors des examens cités, l'assuré disait ne pas pouvoir rester assis 15 minutes, ne pas pouvoir faire de sport ni porter sa fille. Le dossier photographique semble contredire ses allégations.

A noter que dans le consilium de rhumatologie de la X. _____ du 07.12.2012, la Dresse H. _____, rhumatologue, signale qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments pour permettre le diagnostic de spondylarthropathie à l'origine des plaintes du patient sur la seule base de l'imagerie, en l'absence de clinique convaincante et en présence de la négativité du HLA B27.

2) Sur quelle base l'incapacité de travail a-t-elle été prescrite (constat clinique, examens d'imagerie, plaintes subjectives) ?

Selon le dossier médical mis à ma disposition, il semble que l'incapacité de travail a été prescrite surtout sur la base des plaintes de l'assuré alors que les examens cliniques objectivaient bien peu de choses (parfois examen normal, parfois syndrome vertébral avec ou sans lombopygalgies) et aussi sur la base d'une suspicion non confirmée de spondylarthrite ankylosante (voir rapport du Dr Q. _____ du 06.12.2012 et du 19.11.2013). A noter que le diagnostic de spondylarthrite est également actuellement mis en doute par les médecins du B. _____ (voir rapport médical du 28.12.2015).

3) Les pièces médicales mettent-elles en avant une majoration des symptômes ?

La réponse est clairement oui. De plus dans le dernier rapport médical à ma disposition, soit le rapport du B. _____ du 28.12.2015, il est fait état d'un patient à la compliance variable lors des traitements proposés et entrepris et peu collaborant.

4) L'incapacité de travail comme attestée est-elle hautement vraisemblable ?

La réponse est clairement non, en tous cas pendant les 4 premiers mois de l'année 2013, si je me base sur les activités physiques exercées par l'assuré à cette période (cf. dossier photographique). »

Par décision du 23 septembre 2016, L._____ a retenu que l'assuré avait fourni de faux renseignements et refusé de fournir des renseignements, que son incapacité de travail n'était pas hautement vraisemblable, qu'il devait rembourser les prestations déjà versées ainsi que les frais d'enquête, à hauteur d'un total de 21'813 fr. 85 et qu'il était exclu de l'assurance perte de gain collective à partir du 30 novembre 2013. L._____ a notamment relevé que l'assuré n'avait pas été en mesure d'apporter des explications convaincantes lorsqu'il avait été questionné sur ses publications Facebook durant son incapacité de travail. A la majorité des questions, il s'était souvent contenté de répondre qu'il ne se souvenait plus. En outre, certaines de ses explications étaient improbables, comme celles données en réaction à la photo de sa voiture au T._____ publiée en 2013, prise selon lui en 2010, alors que le véhicule concerné n'avait été mis en circulation pour la première fois que le 2 novembre 2011. Cette décision a été confirmée par une décision sur opposition du 1^{er} juin 2017.

C. Par acte du 30 juin 2017, désormais représenté par Swiss Claims Network SA, A.Z._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, dont il a conclu à l'annulation, son incapacité de travail durant la période incriminée et son droit aux indemnités journalières devant être reconnus. Subsidiairement, le recourant conclu à la mise en œuvre d'un examen médical circonstancié. A l'appui de sa contestation, l'assuré fait en substance valoir que tous les médecins qu'il a consultés ont confirmé son incapacité de travail depuis le 14 janvier 2013. Il estime que les éléments fournis par le Dr X.Y._____ sont lacunaires et ne représentent finalement que l'expression de la volonté de L._____ de suggérer la perception de prestations d'assurances indues. Le recourant admet que les explications qu'il a données quant à son emploi du temps durant la période d'incapacité de travail « ne sont pas convaincantes », relevant que le tribunal l'avait d'ailleurs déjà relevé dans son arrêt du 3 août 2015. Il soutient cependant qu'à aucun moment, il n'a eu un comportement qui n'était pas en adéquation avec l'incapacité de travail attestée, les clichés postés sur Facebook ou le résultat de la surveillance

ne le montrant que dans des situations communes de la vie de tous les jours, dont les médecins traitants ont confirmé qu'elles n'étaient pas incompatibles avec sa maladie. Le recourant estime que les éléments au dossier de l'intimée ne sont pas de nature à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il jouissait, au moment de ses déplacements ou de ses vacances, d'une pleine capacité de travail. Le recourant fait encore grief à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale et de ne pas avoir suivi les injonctions du tribunal, avec pour conséquence que son instruction serait toujours insuffisante et ne permettrait toujours pas de trancher le litige à satisfaction. Au vu de ces éléments, le recourant estime que l'intimée n'a pas démontré la nature indue des prestations réclamées en remboursement.

Dans une réponse du 8 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Dans leurs écritures datées des 15 janvier 2017 [recte : 2018] et 9 avril 2018, le recourant et l'intimée ont maintenu leur position.

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. art. 1 et 1a al. 1 LAMal). 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.

c) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à des indemnités perte de gain en cas de maladie pour la période courant dès le 14 janvier 2013. A cet égard, il conviendra plus particulièrement de déterminer si l'assuré a subi une diminution de sa capacité de travail lui ouvrant le droit aux prestations. Si tel n'est pas le cas, il s'agira de se pencher sur le droit de l'intimée à réclamer au recourant la restitution de prestations indues. Est également controversé le droit de l'intimée de mettre à charge du recourant les frais d'enquête par un détective privé. Enfin, il conviendra encore d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée a exclu l'assuré de l'assurance au 30 novembre 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 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).

Selon l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Est constitutive d'une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. a) Dans le cas d'espèce, l'intimée a nié le droit de l'assuré à des indemnités perte de gain en cas de maladie dès le 14 janvier 2013, estimant qu'il ne présentait plus, au degré de la vraisemblance

prépondérante dès cette date, une incapacité de travail lui ouvrant le droit aux prestations. Elle a demandé la restitution des prestations versées pour la période du 14 janvier au 30 avril 2013. Pour sa part, le recourant estime que les éléments médicaux au dossier plaident à l'unanimité en faveur d'une incapacité de travail et que dès lors, il a droit à des indemnités journalières dès le 14 janvier 2013 jusqu'à la fin de l'incapacité de travail attestée. Il fait grief à l'intimée de ne pas avoir conduit à satisfaction l'instruction complémentaire requise par la Cour de céans dans son arrêt du 3 août 2015, l'avis du Dr V.W. _____ n'étant selon lui pas probant.

b) Dans l'arrêt précité, le tribunal avait considéré que l'intimée ne pouvait pas valablement se fonder sur les seuls résultats de son instruction administrative des mois de mai et juin 2013 pour nier son obligation de prêter en lien avec l'incapacité de travail annoncée dès le 14 janvier 2013. La Cour de céans avait estimé que L. _____ aurait dû soumettre ces éléments à une nouvelle évaluation médicale avant de statuer sur le droit de l'assuré aux prestations. Le juge avait ainsi annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à L. _____ pour une instruction complémentaire du dossier au plan médical, par toute mesure propre à clarifier l'état de santé du recourant et les répercussions de celui-ci sur sa capacité de travail, par exemple en soumettant les nouveaux éléments rassemblés au cours de l'instruction administrative à l'appréciation de son médecin-conseil.

Reprenant l'instruction de la cause, L. _____ a notamment soumis le dossier de l'assuré au Dr V.W. _____, médecin-conseil, pour nouvelle appréciation. Le Dr V.W. _____ a indiqué qu'il apparaissait extrêmement peu probable qu'une personne souffrant d'une « très vraisemblable spondylarthrite ankylosante avec sacro-iléite bilatérale et syndrome inflammatoire », comme décrite dans le rapport médical du B. _____ du 6 décembre 2012, à l'arrêt de travail à 100%, puisse faire du ski au début du mois de février 2013. Le Dr V.W. _____ a notamment indiqué à cet égard que le maintien de la position debout sur un ski avec l'autre ski planté à la verticale devant soi, les bras croisés sur le torse (cf. photo 11), était impossible à réaliser pour quelqu'un souffrant d'une

pathologie inflammatoire du dos et des articulations sacro-iliaques. Le Dr V.W._____ a estimé que si l'assuré avait pu déployer une telle activité, cela impliquait que l'incapacité de travail, prescrite en raison de douleurs lombaires, n'était plus du tout justifiée. La même conclusion s'imposait s'agissant d'autres activités déployées par le recourant, telles que celle consistant à porter son enfant (cf. photo 15), ou à soulever d'importants poids dans un fitness (cf. photo 24). Le Dr V.W._____ a relevé une conséquente discordance entre le comportement adopté par l'assuré au cours des différents examens médicaux auxquels il s'est soumis (notamment auprès du médecin conseil de la CNA et à la X._____), lors desquels il avait notamment indiqué ne pas pouvoir faire du sport ni porter sa fille, et celui que l'on pouvait observer dans le dossier photographique. Le médecin-conseil a également mis en évidence une majoration des symptômes, chez un patient à la compliance variable aux traitements proposés et peu collaborant, comme l'avaient constaté les Dresses H.I._____ et K.L._____. Le Dr V.W._____ a relevé qu'au vu des différents éléments en sa possession, l'incapacité de travail attestée se fondait surtout sur les plaintes de l'assuré, alors que les examens cliniques objectivaient peu de choses, ainsi que sur une suspicion de spondylarthrite, qui n'avait jamais été confirmée, et qui semblait même être finalement infirmée par le B._____. En définitive, le Dr V.W._____ a estimé que l'incapacité de travail prescrite dès janvier 2013 n'était pas hautement vraisemblable, en tous les cas pas au cours des quatre premiers mois de l'année 2013.

Force est de constater que l'avis du Dr V.W._____ est convaincant et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à le remettre sérieusement en question.

c) C'est tout d'abord à tort que le recourant soutient que l'intimée n'a pas satisfait aux exigences formulées par la Cour de céans dans son arrêt du 3 août 2015 s'agissant des mesures d'instruction complémentaires requises. A teneur de l'arrêt précité, le Tribunal avait fait grief à l'intimée de ne pas avoir soumis le résultat de ses mesures d'observation à une appréciation médicale, comme l'exigeait la

jurisprudence fédérale. Il avait ainsi donné l'injonction à L._____ de poursuivre l'instruction, à tout le moins en soumettant son dossier à son médecin-conseil, ce que l'intimée a dûment fait. L'instruction complémentaire entreprise par l'intimée satisfait aux exigences posées par la Cour de céans et est suffisante pour permettre de trancher valablement la question litigieuse.

A cet égard, le fait que le Dr V.W._____ s'est prononcé sans avoir personnellement examiné l'assuré n'est, contrairement à l'opinion du recourant, pas de nature à discréditer son appréciation. En effet, ce qui est décisif pour juger de la valeur probante d'un tel rapport, c'est que le dossier qui a servi de base à son établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (cf. arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001 consid 3 in RAMA 2001 n° U 438 p. 346 ; TFA U 194/00 du 15 mars 2001 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106, TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3). Or, tel est le cas en l'espèce. Au demeurant, le recourant n'expose pas les raisons qui conduiraient à ce qu'un examen personnel eut été nécessaire en lieu et place de l'examen de l'ensemble du dossier.

d) Au stade de sa réplique, le recourant conteste la qualité de preuve des relevés de Facebook réunis sur les planches photographiques au dossier de l'intimée. Il argue d'une part qu'il est impossible de dater précisément les prises de vue publiées et que la géolocalisation de Facebook est imprécise. D'autre part, il fait valoir que son incapacité de travail passagère n'exclut pas la poursuite d'une vie sociale en tant qu'elle est compatible avec la convalescence entamée. Il estime ainsi que la simple production de photographies ne suffit pas à démontrer que les faits illustrés se sont déroulés comme L._____ le suggère et durant la période d'incapacité de travail.

On relèvera tout d'abord qu'avant d'émettre les réserves précitées au stade de la réplique, tant dans son opposition que dans son acte de recours, l'assuré s'est prononcé en ces termes : « Il peut certes être admis que les explications données par l'assuré quant à son emploi

du temps durant la période d'incapacité de travail ne sont pas convaincantes. Le Tribunal cantonal l'a au demeurant également souligné ». En outre, si le recourant émet des considérations générales sur les publications sur les réseaux sociaux, force est de constater qu'il ne conteste finalement nullement avoir déployé les activités mises en évidence sur les photos publiées durant la période concernée et n'explique pas non plus quelle autre signification concrète il conviendrait de donner à ses publications, hormis celle, usuelle, du partage avec des tiers de ses activités du moment.

L'assuré a été convoqué à deux reprises par L._____, les 13 mai et 24 juin 2013, pour des entretiens à l'agence lausannoise de l'assureur, qui ont fait l'objet de procès-verbaux, signés par l'intéressé. Lors de l'entretien du lundi 13 mai 2013, l'assuré a confirmé souffrir de douleurs d'intensité extrême l'empêchant d'effectuer des activités physiques, de porter sa fille de 14 mois et de s'occuper de ses tâches quotidiennes. Ainsi, depuis son accident de mars 2012, il avait dû totalement mettre un terme à ses activités sportives, en raison de ses douleurs lombaires. Il a précisé être incapable de soulever des poids même inférieurs à 10kg, ajoutant que certains jours, il souffrait tellement qu'il se trouvait dans l'impossibilité de bouger, restant dans ces cas allongé à la maison, sa femme s'occupant de lui. L'assuré a précisé à cet égard : « Par exemple, cela m'est arrivé cette semaine [recte : la semaine dernière]. Mardi et mercredi, j'étais totalement incapable de bouger et je suis resté au lit. Jeudi ça allait un peu mieux, mais je ressentais toujours de fortes douleurs. Vendredi, samedi et dimanche, cela allait un peu mieux. C'est-à-dire que je n'avais pas besoin de quelqu'un d'autre pour m'aider. Les douleurs étaient supportables avec les médicaments. Je précise néanmoins que je fais très attention à ne pas porter des charges et comme je vous l'ai déjà confirmé, je ne peux pas rester très longtemps dans des positions statiques ». L'assuré avait encore ajouté que la meilleure position était la position couchée. L'intéressé a également indiqué qu'il s'était rendu au T._____ à la fin décembre 2012, en avion, une semaine, et qu'il n'avait ensuite plus pris de vacances et ne s'était plus rendu à l'étranger. Il a enfin indiqué qu'il n'avait pas pu exercer une

activité lucrative durant les douze derniers mois, que ce soit principale ou accessoire, salariée ou indépendante, régulière ou irrégulière, déclarée ou non.

Lors de l'entretien du 24 juin 2013, réinterrogé sur chacune des affirmations précitées, l'assuré a commencé par les confirmer. Confronté dans un second temps à des photos publiées sur son compte Facebook, l'assuré a fini par se rétracter, admettant avoir menti sur certains points, et restant laconique sur d'autres, au sujet desquels il a allégué ne pas avoir de souvenirs, alors même qu'il s'agissait d'activités récentes et pour la plupart suffisamment significatives pour les garder en mémoire. Ainsi a-t-il confirmé avoir subi une crise de maux de dos du 7 au 12 mai 2013 et ne pas avoir quitté la Suisse depuis 2012. A la question : « Ne devez-vous pas admettre avoir pris l'avion durant la période en question ? », l'assuré a répondu « Non, en aucun cas. Je n'ai pas quitté la Suisse depuis fin 2012 ». Confronté à la photo n° 38 le montrant installé sur une plage, il a commencé par soutenir qu'il s'agissait de [...] à Lausanne, avant d'admettre qu'il avait bien séjourné avec des amis à B.C._____ du 9 au 12 mai 2013. Or, on retiendra avec l'intimée que cette semaine correspondait à celle durant laquelle l'assuré avait précédemment affirmé avoir souffert d'une crise de douleurs aiguës, l'ayant contraint à rester au lit plusieurs jours puis à se comporter avec moult précaution jusqu'à la fin de la semaine. Or, plusieurs photographies de son séjour aux N._____ le montrent notamment en circonstances festives, vraisemblablement dans une boîte de nuit. Il a encore précisé ne pas se souvenir si son frère était présent avec lui lors de ce séjour balnéaire, alors que l'événement remontait à environ un mois. Au final, dans le cadre de la précédente procédure de recours, il a produit une confirmation de réservation pour un vol [...] du 9 mai 2013 à son nom et celui de son frère de Genève à B.C._____, avec retour le 12 mai 2013, ainsi que pour une chambre triple dans un hôtel du 9 au 12 mai 2013 à B.C._____. En outre, interrogé sur son emploi du temps le 14 mai 2013, et notamment sur le fait de savoir s'il avait travaillé ce jour-là sur un chantier à M.N._____, alors qu'il avait affirmé lors de l'entretien précédent n'avoir pas exercé d'activité lucrative durant la dernière année,

il a d'abord répondu : « Non, jamais de la vie. Je ne connais pas la commune de M.N._____ je ne connais personne pouvant y résider », avant d'admettre qu'il était possible qu'il se soit rendu sur un chantier pour une visite, précisant sur question de son interlocuteur qu'il avait effectué plusieurs visites de chantier depuis le début de l'année 2013, seul ou accompagné de son frère, sans pouvoir les chiffrer. Confronté à une photographie prise par le détective privé le 14 mai 2013 à la sortie d'un chantier, l'assuré a indiqué qu'à la réflexion, il était possible qu'il se soit trouvé sur un chantier pour y effectuer un contrôle le jour en question, mais qu'il n'en avait aucun souvenir. Il a précisé à cet égard que son médecin ne l'avait pas empêché de « faire des promenades ou des marches », de sorte qu'à son sens, sa présence sur un chantier ce jour-là ne posait pas de problème. Face à des photographies et des vidéos publiées en février 2013 le montrant en train de s'adonner au ski, l'assuré a indiqué qu'il ne se souvenait pas d'avoir pratiqué du ski en 2013, mais que cela était possible et qu'il n'avait rien à ajouter. S'agissant de l'image le montrant soulever des poids dans une salle de fitness, publiée le 25 avril 2013 (photo n° 30), le recourant a indiqué avoir fait un essai dans un centre de fitness de [...], dont il ignorait le nom et l'adresse, à une date dont il ne se souvenait pas. Confronté à une photographie de son véhicule (photo n° 25), il a admis que l'image avait été prise au T._____, mais en 2010, et non au printemps 2013, date de sa publication. Or, il ressort de la décision sur opposition que le véhicule en question n'a été mis en circulation pour la première fois qu'en novembre 2011, ce que le recourant n'a pas démenti. Enfin, interrogé sur le fait de savoir s'il ne devait pas admettre s'être rendu à [...] en famille en mars 2013, comme le laissait penser une image publiée sur son compte Facebook, le recourant à répondu « Non, pas du tout. A la réflexion, je crois effectivement m'être peut-être rendu en I._____, mais il s'agissait probablement de l'année 2012. Je n'ai rien d'autre à vous dire », suivi de « Je ne peux pas vous dire que non, mais je ne m'en souviens pas ».

Au vu de ces différents éléments, la Cour de céans retiendra qu'il peut être admis comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré a déployé les activités dont il a publié des

photographies sur les réseaux sociaux durant la période où les images ont été mises en ligne, ou à tout le moins un nombre suffisamment représentatif d'entre elles. Comme relevé supra, le recourant ne le conteste d'ailleurs pas et n'explique pas en quoi concrètement ses publications devraient être interprétées autrement, se limitant à invoquer que ces diverses activités n'étaient pas incompatibles avec son état de santé. Cette dernière question relevant d'une appréciation médicale, son avis personnel ne saurait cependant convaincre. C'est à l'appréciation du Dr V.W. _____ qu'il convient de se référer sur ce point, lequel a estimé de manière convaincante que bon nombre des activités concernées n'étaient pas compatibles avec les limitations censées affecter l'assuré, et que si ce dernier avait pu les réaliser, c'est que l'incapacité de travail pour des douleurs lombaires n'était plus justifiée. Comme développé supra, il ne se trouve au dossier aucun élément qui conduirait la Cour de céans à s'écarter de cet avis. On remarquera à cet égard que le Dr Q. _____ avait également estimé que la pratique du ski n'était pas indiquée compte tenu de la pathologie présentée par son patient (cf. rapport du 19 novembre 2013). C'est également sans fondement que le recourant revendique le droit d'effectuer des « promenades » sur les lieux de chantiers de son entreprise, au motif que ces « promenades » n'auraient pas été proscrites par son médecin, alors qu'il a admis dans le même temps avoir effectué plusieurs contrôles de chantiers durant son incapacité de travail, dans un nombre qu'il n'a pas su ou voulu chiffrer, de tels contrôles faisant partie de ses attributions professionnelles. Déployer une telle activité revient donc à travailler.

e) En outre, et contrairement à ce que soutient le recourant, il est erroné d'affirmer que les médecins s'étant penché sur son cas sont unanimes sur le fait qu'il souffre d'une spondylarthrite et qu'il présente de ce fait une incapacité de travail.

S'agissant tout d'abord du diagnostic, une atteinte de type spondylarthropathie a été évoquée pour la première fois le 30 août 2012 par le Dr C. _____, lequel a indiqué que la symptomatologie présentée par l'assuré « pouvait très bien entrer dans le contexte d'une

spondylarthropathie ». Le 6 décembre 2012, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de « très vraisemblable spondylarthrite HLA-B27 négatif avec sacro-iléite bilatérale et syndrome inflammatoire. Il a toutefois précisé qu'à l'anamnèse, on ne retrouvait aucun élément en faveur d'une spondylarthropathie, tant sur le plan systémique que familial. Son examen clinique avait été peu relevant, sans évidence clinique de sacro-iléite. Dans son rapport du 19 novembre 2013 au représentant de l'assuré, le Dr Q._____ a indiqué que son patient souffrait d'une spondylarthrite avec atteinte sacro-iliaque bilatérale pour finir par émettre des doutes s'agissant de la pertinence de ce diagnostic, dans son rapport du 20 janvier 2016, invoquant plutôt des troubles dégénératifs. Pour sa part, la Dresse H._____ a observé que l'anamnèse n'évoquait à aucun moment un rhumatisme inflammatoire sous-jacent. Elle a estimé qu'il n'existait pas suffisamment d'argument pour retenir un diagnostic de spondylarthropathie à l'origine des plaintes sur la seule base de l'imagerie, en l'absence d'une clinique convaincante et de la négativité du HLA-B27. La rhumatologue de la X._____ a fait état d'un examen clinique normal, hormis la reproduction des douleurs, et n'a retenu que des lombalgies mécaniques. Dans son rapport du 30 novembre 2015, la Dresse S.T._____ a décrit un patient en excellent état général avec un syndrome lombo-vertébral modéré. Les examens radiologiques auxquels elle a fait procéder ont exclu toute atteinte inflammatoire du rachis lombaire, ne laissant apparaître que de discrètes anomalies du signal du pied des articulations sacro-iliaques des deux côtés, avec un remplacement adipeux sous-chondral, possiblement séquellaire d'une sacro-iléite, une origine mécanique ne pouvant cependant être exclue. Enfin, les Dresse H.I._____ et K.L._____ ont retenu le diagnostic principal de rachialgies d'origine mixte avec trouble dégénératifs. Elles n'ont évoqué une spondylarthrite qu'au titre de diagnostic secondaire, tout en précisant qu'elle n'était que « possible », précisant qu'on ne retrouvait que de légères anomalies des pieds des sacro-iliaques bilatérales inchangées, sans lésion inflammatoire active. En définitive donc, contrairement à ce que soutient le recourant, le diagnostic de spondylarthrite n'est pas constant, ni unanimement et clairement posé. On relèvera à cet égard qu'au final, ce n'est pas le diagnostic qui permet

de définir le droit aux prestations, mais bien les effets concrets des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Or sur ce point également, les affirmations du recourant sont erronées, tant il est vrai que les médecins ne se sont pas prononcé unanimement en faveur d'une incapacité de travail.

Dans un certificat du 21 janvier 2013, le Dr V._____ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 14 janvier 2013, arrêt de travail qu'il a ensuite prolongé jusqu'au 2 juin 2013, une reprise de l'activité à 50% étant intervenue au 3 juin 2013. Il sied de relever à cet égard qu'à teneur d'une note téléphonique du 14 janvier 2013, l'assuré a annoncé à la CNA qu'il avait tenté de reprendre le travail le matin même mais que cela « n[allait] pas du tout ». Il se trouvait couché sur son chantier, attendant que son patron puisse le reconduire à son domicile. Il avait « très mal » et voulait « se reposer ». Malgré le caractère apparemment aigu de l'événement, il a toutefois attendu le 21 janvier suivant pour consulter son médecin, qui a prescrit une incapacité de travail rétroactivement dès le 14 janvier 2013. Le médecin traitant a ensuite continué à émettre des certificats d'arrêt de travail pendant quatre mois au moins. De tels certificats, a fortiori rétroactifs, restent toutefois insuffisants pour attester valablement d'une diminution de la capacité de travail. L'avis du Dr V._____ doit être considéré avec d'autant plus de réserve que quelques jours auparavant, à l'issue d'un séjour à la X._____ de plus de trois semaines durant le mois de décembre 2012, les Drs M._____ et P._____ ont estimé que dès le 1^{er} janvier 2013, l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans l'activité de chapeur. Ils ont notamment retenu que la symptomatologie annoncée ne pouvait être expliquée par les seules anomalies rapportées sur l'IRM sacro-iliaque du 14 août 2012, précisant que des facteurs contextuels participaient à l'évolution difficile et que la reprise de travail poserait problème. Le Dr S._____ ne s'est exprimé sur la question de la capacité de travail que sur sollicitation de Fortuna, le 19 novembre 2013. Force est cependant de constater, à l'instar du Dr V.W._____, que le rhumatologue a indiqué qu'il confirmait l'incapacité de travail, à 50%, sur la base des plaintes de son patient, tout en indiquant qu'il n'existait pas de limitation de la

mobilité du rachis. De même, à la question de savoir si les douleurs étaient exacerbées par l'activité, le Dr Q. _____ a indiqué : « Oui, selon le malade, incontestablement ». Ces éléments restent insuffisants pour accorder force probante à l'avis du Dr Q. _____ s'agissant de la capacité de travail. On notera à cet égard que, dans son rapport du 20 janvier 2016, le Dr Q. _____ a mis en exergue une majoration des symptômes avec recherche de bénéfices secondaires, phénomène que le Dr S. _____ avait déjà relevé le 23 octobre 2012, estimant au demeurant que l'assuré ne faisait pas bonne impression. Les Drs M. _____ et P. _____ avaient également observé un assuré qui grimaçait et gémissait au cours de l'examen clinique, la Dresse G. _____ ayant quant à elle décrit un patient qui manifestait fortement son vécu douloureux par des soupirs, des grimaces et des changements fréquents de position, décrivant en détail ses douleurs et limitations, en les cotant à une intensité maximale tout en reconnaissant leur intensité fluctuante. On notera encore que le fait que le Dr Q. _____ ait attesté une incapacité de travail en février et mars 2016 n'est pas déterminant pour régler la question litigieuse, dans la mesure où la période est éloignée de celle qui nous occupe ici et qu'est entretemps survenu un nouvel accident, le 30 juin 2015, pour lequel la CNA a versé des prestations jusqu'au 15 mars 2016 (cf. décision de la CNA du 29 mars 2016). Certes encore, le 5 mars 2013, le Dr D. _____ a estimé qu'une totale incapacité de travail était justifiée jusqu'à début juin 2013. Toutefois, contrairement au Dr V.W. _____, le Dr D. _____ s'est prononcé sans avoir connaissance de l'intégralité du dossier de l'intimée. En outre, malgré le fait qu'il ait examiné l'assuré, son rapport est resté extrêmement succinct et exempt de motivation médicale. Son avis ne suffit ainsi pas à établir de manière probante une incapacité de travail.

f) En définitive, au vu de l'ensemble des éléments précités, la Cour parvient à la conclusion qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré présentait une diminution de sa capacité de travail dès le 14 janvier 2013 et que, dans ces conditions, le droit de l'intéressé à des indemnités journalières perte de gain maladie dès le 14 janvier 2013 ne peut être reconnu.

Cela étant, L._____ n'était pas fondée à lui servir de prestations sur la base du contrat d'assurance perte de gain conclu par son employeur. Aux termes de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2, TF 8C_75/2016 du 14 janvier 2016, consid. 2.2). Ce principe s'applique également lorsque les prestations à restituer n'ont pas été allouées par une décision formelle mais par une décision traitée selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA (ATF 129 V 110). En l'occurrence, une incapacité de travail n'étant pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, les prestations versées par L._____ à ce titre sont manifestement erronées. Dès lors que leur rectification revêt une importance notable, compte tenu de l'importance des prestations versées à tort, les conditions de la reconsidération sont réalisées. L'intimée était donc fondée à demander au recourant la restitution du montant de 14'456 fr. 85, correspondant aux indemnités journalières versées pour la période du 14 janvier au 30 avril 2013.

g) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En

l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

5. Par la décision entreprise, l'intimée réclame également à l'assuré le montant de 7'357 fr., correspondant à ses frais d'investigation par le recours à un détective privé.

A teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin pour déterminer la suite à donner aux demandes dont il est saisi. Le domaine des assurances sociales est régi par le principe général de gratuité de la procédure (cf. art. 45 al. 1 LPGA). Ainsi, sauf base légale expresse, les frais administratifs liés à la mise en œuvre de l'assurance doivent être assumés par l'assureur (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2009, n° 7 ad. art. 45 LPGA). L'art. 45 al. 3 prévoit que les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences.

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur la question de la prise en charge des frais d'instruction, singulièrement des honoraires du détective privé mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité, indiquant que le domaine des assurances sociales était régi par le principe général de la gratuité de la procédure et qu'ainsi, sauf base légale expresse, les frais administratifs liés à la mise en œuvre de l'assurance - notamment les frais administratifs engendrés par une procédure de restitution de prestations - doivent être assumés par l'assureur. La Haute Cour a relevé que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité ne contenait aucune disposition prévoyant que l'assureur puisse facturer des frais administratifs aux assurés. Elle a en outre observé que, l'art. 59 al. 5 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne constituant pas une base légale suffisante pour procéder à l'observation d'un assuré par

l'intermédiaire d'un détective privé (ATF 137 I 327), il ne saurait à plus forte raison permettre la mise des frais d'une telle observation à charge de l'assuré. Toujours selon le Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 3 LPGA permet certes de mettre les frais à la charge d'une partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière excusable, mais après sommation et indication des conséquences, conditions qui n'étaient pas réalisées dans le cas tranché par la Haute Cour. Enfin, le Tribunal fédéral avait estimé qu'à défaut de toute base légale en matière de droit des assurances sociales, il paraissait douteux que les prétentions de l'assureur puissent être exigées sur la base de l'art. 41 du Code des obligations (TF 6B_61/2017 du 1^{er} septembre 2017 et les références citées).

Ces considérations sont transposables au cas d'espèce. En particulier, les conditions de l'art. 45 al. 3 LPGA, qui ne vise au demeurant selon toute vraisemblance pas à régler la présente problématique, ne sont pas réalisées, l'assuré n'ayant pas été sommé ni informé sur les conséquences de son entrave à l'instruction.

Il apparaît donc que les frais de détective font partie du budget de fonctionnement de l'intimée, laquelle n'est pas fondée à les mettre à la charge de l'assuré, faute de base légale.

6. Il convient encore d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée a prononcé l'exclusion du recourant du cercle des assurés au 30 novembre 2013.

Dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal, l'assureur est autorisé à prononcer l'exclusion d'assurés sous certaines conditions (ATF 125 V 106 consid. 3 ; TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.2). Cette mesure doit être prévue dans la réglementation statutaire de l'assureur. Celui-ci est ainsi notamment habilité à résilier de manière unilatérale le contrat en présence de violations graves aux règles qui rendent tout simplement intolérable la continuation du contrat avec l'assuré (ATF 111 V 319, 108 V

245 consid. 2a ; cf. également Eugster, op. cit. n° 8 ad. art. 67 KVG et les références citées).

Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BE) de l'intimée prévoient que le contrat peut être résilié (exclusion) lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré a fait ou cherché à faire des profits illicites au préjudice de l'assureur (art. 10 al. 4). La couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré lors de son exclusion (art. 11 al. 2 let. j).

En l'occurrence, comme il a été établi supra, l'assuré a donné à plusieurs reprises des informations erronées, affirmant notamment qu'il n'avait pas quitté la Suisse en 2013, alors qu'il l'avait à tout le moins fait une fois, voire vraisemblablement à plusieurs reprises, ou qu'il n'avait pas travaillé durant les douze derniers mois, alors qu'il avait réalisé plusieurs contrôles de chantiers au premier semestre 2013.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée a exclu le recourant du cercle des assurés, ce que l'assuré n'a au demeurant pas contesté.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis. La décision entreprise est réformée en ce sens que les frais d'enquête ne peuvent être mis par l'assureur à charge du recourant. Elle est confirmée pour le surplus, en ce sens que le recourant n'a pas le droit à des indemnités journalières perte de gain maladie pour la période courant dès le 14 janvier 2013, qu'il est tenu restituer à l'intimée le montant de 14'456 fr. 85 fr., correspondant à des indemnités journalières versées à tort du 14 janvier 2013 au 30 avril 2013, et qu'il est exclu du cercle des assurés de la police d'assurance collective conclue par son employeur au 30 novembre 2013.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) En procédure de recours, l'autorité alloue une indemnité à la partie qui obtient totalement ou partiellement gain de cause, en remboursement des frais qu'elle a engagés pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD). Aux termes de l'art. 56 al. 1 LPA-VD, si la partie a inutilement prolongé ou compliqué la procédure, ses dépens peuvent être réduits ou supprimés. Lorsqu'une partie n'obtient que partiellement gain de cause, l'autorité peut réduire les dépens ou les compenser (art. 56 al. 2 LPA-VD). Dans le cas d'espèce, le recourant n'a obtenu que très partiellement gain de cause, sur la seule question annexe des frais d'enquête, la question principalement litigieuse étant celle du droit à l'indemnité journalière perte de gain maladie dès le 15 janvier 2013, sur laquelle le recourant a été entièrement débouté. On relèvera d'ailleurs à cet égard que s'il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, le recourant n'a émis aucune conclusion spécifique et ni développé aucune argumentation à l'encontre de cet aspect de la décision. En outre, comme il a été établi (cf. consid. 4d et 6 supra), le recourant a fourni de nombreuses informations erronées à l'intimée, lesquelles ont conduit au versement des prestations litigieuses, prolongeant et compliquant inutilement la procédure tant administrative que judiciaire. En provoquant la décision litigieuse par ses agissements et en obligeant l'autorité de recours à instruire dans une seconde procédure, l'assuré a adopté un comportement entrant dans le cadre de l'art. 56 al. 1 LPGA. Cela étant, en application des art. 56 al. 1 et 2 LPA-VD, le tribunal renonce à lui octroyer des dépens.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} juin 2017 par L._____ est reformée en ce que les frais d'enquête ne peuvent pas être mis à charge du recourant ; elle est confirmée pour le surplus, au sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 :

- Swiss Claims Network SA (pour le recourant),
- L._____,
- 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 :