

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et Mme Feusi, assesseure
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Robert Lei Ravello,
avocat à Lausanne,

et

X._____, à Martigny, intimée.

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a été engagée le 1^{er} mars 2017 en qualité de [...] auprès de la Commune de [...] (ci-après : l'employeur). Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, elle bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de [...] SA (ci-après: X. _____ ou l'intimée).

A compter du mois d'octobre 2017, l'assurée a présenté une incapacité totale de travail pour cause de maladie.

Par courrier daté du 28 février 2018, remis en main propre à l'assurée, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 mars 2018. Ce courrier, comportant la signature manuscrite de l'assurée, invitait l'intéressée à examiner avec l'assureur les possibilités de transfert dans le régime de l'assurance-individuelle.

Le 5 mars 2018, l'assurée a adressé deux lettres à son employeur pour, d'une part, « revenir sur [s]a signature » à la suite de son licenciement en date du 28 février 2018 et pour, d'autre part, contester le remboursement d'une formation suivie en avril 2017.

Le 13 mars 2018, l'assurée a téléphoné à X. _____ pour se renseigner sur sa couverture d'assurance. Par courrier électronique du même jour, X. _____ a répondu qu'elle n'avait trouvé aucun dossier au nom de l'assurée, de sorte qu'il ne lui était pas possible de lui faire parvenir les conditions de l'assurance perte de gain.

Le 15 mars 2018, l'employeur a adressé à X. _____ une déclaration d'incapacité de travail depuis le 4 octobre 2017, sur laquelle figurait la mention de la fin des rapports de travail au 31 mars 2018.

Le 28 mars 2018, X. _____ a adressé un courrier recommandé à l'assurée, dans lequel elle indiquait avoir été informée de

la fin des rapports de travail. « Dès cet instant », l'assurée ne bénéficiait plus de la couverture d'assurance d'indemnités journalières. Elle pouvait toutefois maintenir l'affiliation en qualité de membre individuel, avec un droit au libre-passage garantissant les mêmes prestations que celles accordées précédemment, sans nouvelle réserve. Une proposition d'assurance était jointe à ce courrier. X._____ a encore précisé que sans réponse écrite d'ici au 30 juin 2018, elle considérerait sa proposition comme « nulle et non avenue » et enregistrerait la démission de l'assurée « au sein de notre assurance » à la fin des rapports de travail.

Selon le justificatif de la Poste, l'assurée a reçu cette lettre le 29 mars 2018. Elle ne lui a pas donné suite.

Par courriel du 12 avril 2018, l'employeur a demandé à X._____ de lui transmettre une attestation ou une copie de la proposition de l'offre de libre-passage, à la suite d'une requête de l'avocat de l'assurée. Le lendemain, X._____ a remis à l'employeur une copie du courrier du 28 mars 2018 précité. Elle a précisé que tant qu'un cas maladie n'était pas déclaré, il n'y avait aucun moyen de confirmer l'affiliation d'une personne.

Le 24 avril 2018, l'employeur a notifié à la recourante une résiliation des rapports de travail « dans les délais et termes légaux et conventionnels », dans l'hypothèse où la Chambre patrimoniale considérerait que la résiliation du 28 février 2018 ne respecterait pas les formes nécessaires.

Dès le 24 avril 2018, l'employeur a cessé de verser le salaire de l'assurée.

Le 23 mai 2018, l'assurée a signé un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, qui a par la suite été remis par X._____ à l'office compétent. A cette occasion, elle a fait état, à titre d'atteinte à la santé, de douleurs lombaires et dorsales avec double sciatique.

Par courrier du 15 octobre 2018, X. _____ a accusé réception des certificats médicaux remis par l'assurée. Elle a cependant expliqué à l'intéressée que celle-ci n'ayant pas donné suite à l'offre de libre-passage adressée le 28 mars 2018, l'incapacité de travail dont elle se prévalait ne pouvait faire l'objet d'aucune indemnisation de sa part.

Le 19 novembre 2018, l'assurée, par l'entremise de son conseil, a contesté ce refus de prise en charge. Se référant à l'offre de libre-passage du 28 mars 2018, elle a allégué qu'elle souffrait à l'époque d'un sévère *burn-out* et qu'elle était alitée chez ses parents, de sorte qu'elle n'avait pas pu comprendre les conséquences de cette lettre. Elle était restée sur les informations livrées par X. _____ le 13 mars 2018, selon lesquelles aucun dossier à son nom n'avait été trouvé. L'absence d'affiliation avait également été expliquée à une conseillère d'un centre social régional en date du 5 juillet 2018. L'assurée a pour le surplus souligné que les deux résiliations des rapports de travail des 28 février et 24 avril 2018 étaient contestées et frappées de nullité. Une procuration datée du 28 mars 2018 en faveur du conseil de l'assurée a été produite.

Par décision du 18 décembre 2018, X. _____ a constaté que la couverture d'assurance avait pris fin le 31 mars 2018, à défaut de passage en assurance individuelle dans le délai prévu. Demeurait réservé une éventuelle modification de la date de fin des rapports de travail.

Le 15 janvier 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, s'est opposée à cette décision, réitérant en substance les arguments soulevés le 19 novembre 2018.

Le 11 mars 2019, la Chambre patrimoniale cantonale a établi une attestation faisant état d'une procédure intentée par l'assurée en vue de faire constater la nullité des résiliations des rapports de travail des 28 février et 24 avril 2018.

Par décision sur opposition du 29 mars 2019, X._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et a confirmé sa décision du 18 décembre 2018.

B. Par acte daté du 14 mai 2019, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens que « La caisse d'assurance X._____ SA est astreinte à assurer la recourante par suite de libre passage des conséquences de son incapacité de travail, respectivement de lui verser des indemnités journalières à partir de la cessation des rapports de travail, au plus tôt dès le 1^{er} mai 2018 ». A titre subsidiaire, elle a formulé la conclusion suivante : « Astreindre la caisse d'assurance X._____ SA à présenter à la recourante une nouvelle proposition de libre passage pour la couverture des prestations d'indemnités journalières en conformité avec la couverture d'assurance instituée par l'art. 37 du statut du personnel de la commune de [...] avec effet rétroactif au lendemain de la première résiliation des rapports de travail avec fixation d'un nouveau délai de 90 jours à la recourante pour faire valoir son droit d'adhésion à titre individuel aux prestations d'indemnités journalières qui lui sont dues ». Elle a pour le surplus sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et la désignation d'office de son mandataire.

Dans sa réponse du 18 juin 2018, X._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, réitérant que la couverture d'assurance d'indemnité journalière s'était éteinte au 31 mars 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition

n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante bénéficie d'une couverture d'assurance de l'intimée au-delà du 31 mars 2018.

3. a) Selon l'art. 67 al. 1 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 au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal).

En vertu de l'art. 71 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 (al. 1). 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 (al. 2).

b) Selon la jurisprudence, lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que 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 (« libre passage » ; ATF 127 III 106 consid. 3a et les références ; TFA K 106/06 du 22 décembre 2006 consid. 3.3 ; cf. également Rémy Wyler/Boris Heinzer, Droit du travail, 3^e éd., Berne 2014, p. 257 ss).

Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de X._____, applicables au cas d'espèce, prévoient à l'art. 11 al. 2 let. a 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 notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés.

4. a) En l'espèce, l'employeur a résilié les rapports de travail le 28 février 2018 avec effet au 31 mars 2018. De ce fait, l'intimée a informé la recourante, par courrier du 28 mars 2018, reçu le lendemain, que sa couverture d'assurance collective prendrait fin avec les rapports de travail, mais qu'elle pouvait souscrire une assurance individuelle et bénéficier d'un libre-passage si elle le demandait dans un délai échéant le 30 juin 2018. En procédant ainsi, l'intimée s'est conformée aux art. 71 al. 1 et 2 LAMal. Dès lors que la recourante n'a pas réagi dans ce délai, elle a perdu son droit au libre-passage dans l'assurance individuelle.

b) La recourante allègue qu'elle souffrait d'un *burn-out* et qu'elle était alitée chez ses parents au moment de la réception de la proposition d'assurance le 29 mars 2018, si bien qu'elle n'avait pas été en mesure d'en comprendre la portée ni de réagir en conséquence. En outre, elle avait été mal renseignée par l'intimée, puisqu'une employée de X. _____ lui avait indiqué, le 13 mars 2018, qu'elle n'avait trouvé aucun dossier à son nom. Un nouveau renseignement erroné aurait par ailleurs été communiqué à une conseillère d'un centre social régional, le 5 juillet 2018.

Cette argumentation est manifestement mal fondée. En ce qui concerne l'état de santé psychique de la recourante, elle repose sur des allégations vagues qui ne sont sérieusement étayées par aucune pièce au dossier, étant relevé que la demande de prestations de l'assurance-invalidité ne fait état que de douleurs au niveau du dos. Les certificats d'incapacité de travail produits sont insuffisants pour établir un *burn-out* et, *a fortiori*, une incapacité de comprendre et de se déterminer sur la proposition de libre-passage de l'intimée. Au demeurant, la recourante a été en mesure d'écrire deux lettres à son employeur le 5 mars 2018, pour contester les conditions de la résiliation des rapports de travail, et de mandater un avocat pour l'assister dans le cadre de la contestation de cette résiliation. Dans cette perspective, elle a signé une procuration le 28 mars 2018, soit la veille de la réception de la proposition d'assurance. Elle a encore été capable de remplir et signer une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 23 mai 2018. Compte tenu de ces éléments, il doit être tenu pour établi que la recourante était en mesure de se déterminer sur la proposition d'assurance ou, à tout le moins, de se renseigner auprès de son avocat à ce propos. A cet égard, on relève encore que l'employeur a demandé à l'assureur de lui transmettre une copie de l'offre de libre-passage à la suite d'une demande du conseil de la recourante.

Quant aux renseignements du 13 mars 2018, ils n'étaient nullement de nature à empêcher la recourante de comprendre, à réception de la lettre du 28 mars 2018, qu'elle bénéficiait bien d'une couverture d'assurance auprès de l'intimée, qui prendrait fin à la

résiliation des rapports de travail, sous réserve d'un passage dans l'assurance-individuelle. A tout le moins, elle était en mesure de demander des renseignements complémentaires si nécessaire, directement ou par l'intermédiaire de son conseil. Quant au renseignement relatif à l'absence de couverture d'assurance donné le 5 juillet 2018 à un centre social régional, si son existence était avérée, il n'aurait en tout état aucune portée en l'espèce puisqu'il aurait été communiqué postérieurement au délai fixé pour l'acceptation de la proposition de libre-passage en assurance individuelle, lequel était arrivé à échéance le 30 juin 2018.

5. a) Dans une seconde argumentation, la recourante se réfère à l'art. 324a CO (loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse, livre cinquième : droit des obligations, [code des obligations] ; RS 220) et à l'art. 37 du Statut du personnel de la Commune de [...].

b) Aux termes de l'art. 324a al. 1 CO, si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des causes inhérentes à sa personne, telles que maladie, accident, accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, y compris une indemnité équitable pour le salaire en nature perdu, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois.

Selon l'art. 324a al. 2 CO, sous réserve de délais plus longs fixés par accord, contrat-type de travail ou convention collective, l'employeur paie pendant la première année de service le salaire de trois semaines et, ensuite, le salaire pour une période plus longue fixée équitablement, compte tenu de la durée des rapports de travail et des circonstances particulières.

Un accord écrit, un contrat-type de travail ou une convention collective peut déroger aux présentes dispositions à condition d'accorder au travailleur des prestations au moins équivalentes (art. 324a al. 4 CO).

c) La recourante allègue que le statut du personnel de son employeur prévoit, à son art. 37, une réglementation plus favorable que l'art. 324a al. 2 CO, avec notamment une obligation pour l'employeur de verser le salaire à 100 % pendant 360 jours, puis à 60 % pendant les 360 jours suivants, le solde de 40 % étant couvert par des assurances accidents et maladies conclues par l'employeur. La recourante estime que la proposition d'assurance du 13 mars 2018 (*recte* : 28 mars 2018) n'est pas conforme à ce statut, puisqu'elle prévoit un délai d'attente de 360 jours. En outre, un délai de carence supérieur à 60 jours ne répondrait pas à l'exigence d'équivalence.

Il n'y a cependant pas lieu de se prononcer sur le point de savoir si la proposition d'assurance du 28 mars 2018 prévoit des prestations d'assurance correspondant ou non à ce qu'exigerait le statut du personnel de l'employeur, ni si elle prévoit des prestations équivalentes à celles mentionnées par l'art. 324a al. 1 et 2 CO. Ces questions n'ont de portée que s'agissant des rapports entre la recourante et son employeur. L'art. 324a CO et le statut du personnel régissent en effet les rapports entre l'employée et l'employeur. Les obligations de l'intimée sont, en revanche, définies et circonscrites par le contrat d'assurance collectif conclu avec la Commune de [...], ainsi que par l'art. 71 LAMal (cf. consid. 3 *supra*). Or, la recourante ne soutient pas, et il n'y a pas au dossier d'indice dans ce sens, que l'assurance-individuelle visée dans la proposition de libre-passage ne prévoyait pas des prestations équivalentes à celles prévues auparavant dans le contrat d'assurance collectif conclu par l'employeur.

Au vu de ce qui précède, le recours est également manifestement mal fondé en tant qu'il se fonde sur les art. 324a CO et 37 du statut du personnel.

6. L'intimée a pour le surplus expressément réservé un éventuel report de la résiliation des rapports de travail, dans le cadre de la contestation opposant la recourante à son employeur devant la Chambre patrimoniale cantonale. Elle devra donc se prononcer à nouveau sur la

couverture d'assurance et statuer sur le droit aux indemnités journalières postérieurement au 31 mars 2018 en cas de report de la fin des rapports de travail, ce qu'elle ne conteste pas.

7. a) En définitive, manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

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

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

8. La recourante a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire et la désignation d'office de son mandataire.

Le droit à l'assistance judiciaire, prévu par l'art. 61 let. f LPGA, n'est pas ouvert à la partie recourante dont les conclusions sont dépourvues de chance de succès au moment du dépôt de la requête (ATF 140 V 521). Un recours est dépourvu de chance de succès lorsque les chances de le gagner sont sensiblement inférieures aux risques de le perdre. La question déterminante est celle de savoir si une partie disposant des ressources financières nécessaires se lancerait ou non dans le procès après une analyse raisonnable de la situation (ATF 139 III 396 consid. 1.2). En l'espèce, les conclusions de la recourante sont manifestement mal fondées. Dans ces conditions, l'assistance judiciaire ne peut pas lui être allouée.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 mars 2019 par X._____ SA est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Robert Lei Ravello (pour V._____);
- X._____ 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 :