

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

K._____, à Q***, recourant, représenté par Me Christophe Misteli, avocat
à Vevey,

et

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, intimée,

et

A._____ **SA**, à T***, tiers intéressé.

Art. 6 LPGa ; 1a, 67, 72 LAMal

En fait :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en qualité de cuisinier à 100 % dès le 20 juin 2016 à la L._____. Dans le cadre de cet emploi, il a été assuré auprès de A._____ SA (ci-après également : A._____) pour la perte de gain en cas de maladie, selon contrat collectif souscrit par l'employeur. La L._____ a résilié les rapports de travail par courrier du 12 décembre 2023, avec effet au 31 mars 2024, l'assuré étant dispensé de travailler durant le délai de résiliation.

L'assuré a ensuite été engagé en tant que sous-chef de cuisine au taux d'activité de 100 % auprès de G._____ SA dès le 1^{er} mars 2024. A ce titre, il a été assuré auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée) pour la perte de gain en cas de maladie, selon contrat collectif souscrit par son employeur.

Le 11 mars 2024, G._____ SA a annoncé à Mutuel que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 4 mars 2024. L'employeur a établi une seconde déclaration le 19 mars 2024, faisant état d'une incapacité de travail débutée le 18 mars 2024. Entretemps, le contrat de travail de l'assuré a été résilié dans le temps d'essai, pour le 22 mars 2024.

Dans le courant du mois d'avril 2024, l'assuré a eu divers contacts avec Mutuel au sujet des prestations auxquelles il avait droit, en évoquant à cet égard qu'il était toujours sous lien contractuel avec un précédent employeur, au bénéfice d'une libération de l'obligation de travailler. Mutuel s'est ainsi mise en contact avec la L._____, laquelle a transmis une lettre de résiliation du 12 décembre 2024, mettant fin aux rapports de travail pour le 31 mars 2024.

En parallèle, Mutuel a obtenu des rapports de consultation et d'imageries des médecins et spécialistes consultés par l'assuré dès le 4 mars 2024, portant sur une atteinte à l'épaule droite. Elle a ensuite mandaté le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pour

procéder à une expertise médicale. L'expert a examiné l'assuré le 18 juin 2024 et rendu son rapport le lendemain, concluant à une incapacité de travail totale et précisant que la situation n'était pas stabilisée.

Représenté par Me Christophe Misteli, l'assuré a écrit à Mutuel le 24 juillet 2024, afin de solliciter un versement complémentaire de 8'678 fr. 20. Il a exposé que l'indemnisation de son incapacité de travail devait être couverte par Mutuel selon les conditions en vigueur du contrat collectif souscrit par son précédent employeur, la L._____, dans la mesure où le contrat de travail concerné avait été résilié par cette dernière le 12 décembre 2023 avec effet au 31 mars 2024, terme reporté au 31 août 2024, avec plein salaire et libération de l'obligation de travailler. Il s'est fondé sur les deux courriers suivants de A._____ SA, assurance perte de gain en cas de maladie concernée :

- Un courrier du 18 juillet 2024 exposant ce qui suit (*sic*) :

« (...) »

Nous ne partageons pas votre interprétation en matière de droit du travail, dans la mesure où, à notre sens, la relation de travail a pris au moment du nouvel emploi de votre client.

Cette question peut cependant peut rester ouverte, dans la mesure où A._____ SA n'a pas à se prononcer sur les questions en matière de droit du travail mais seulement d'assurance.

En effet et quand bien même si le contrat entre Monsieur K._____ et la L._____ avait pris fin plus tard, c'est de toute manière au nouvel assureur qu'incombe la prise en charge des prestations en cours selon la convention ASA de libre-passage entre les assureurs (art. 4 al. 2 : « Les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance, à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur, pour autant que le travailleur soit employé au même degré d'occupation chez le nouveau, resp. chez l'employeur antérieur [...] »).

(...) »

- Un courrier du 22 juillet 2024, concluant comme suit :

« (...) »

C'est dès lors au nouvel assureur perte de gain, en l'espèce le Groupe Mutuel, de prendre en charge le sinistre à concurrence du montant de l'indemnité journalière que A._____ versait selon les conditions générales d'A._____. En d'autres termes, le nouvel assureur doit

dès lors payer ainsi l'intégralité des indemnités journalières que A._____ versait précédemment.
(...) »

Le 23 août 2024, Mutuel a écrit à l'assuré qu'elle ne devait pas la somme demandée, dès lors qu'il n'y avait pas de sinistre en cours lors de l'entrée en vigueur de sa couverture d'assurance, au moment de la prise d'emploi auprès de G._____ SA. Elle a relevé qu'il ne pouvait y avoir une double assurance pour une même période, raison pour laquelle A._____ SA avait refusé de prêter, tandis que l'art. 4 de la convention ASA n'était applicable que lorsqu'il y avait un cas en cours, ce qui n'était pas le cas pour l'assuré.

Réfutant les explications de Mutuel, l'assuré a réitéré sa demande d'indemnisation le 30 août 2024. Se référant tout particulièrement au courrier de A._____ SA du 22 juillet 2024, il a fait valoir qu'un « second (et bref) contrat de travail pendant le délai de congé ne [pouvait] gravement influencer à la baisse » les prestations d'assurance.

Le 13 septembre 2024, A._____ SA a prié Mutuel de régler les prestations dues à l'assuré en se référant au ch. 4 de la convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières et lui a remis la copie d'un courrier adressé le même jour à l'assuré, lequel concluait comme suit (*sic*) :

« C'est ainsi au nouvel assureur perte de gain, en l'espèce Groupe Mutuel, de prendre en charge le sinistre à concurrence du montant de l'indemnité journalière que A._____ versait selon les conditions générales d'A._____. En d'autres termes, le nouvel assureur doit dès lors payer ainsi l'intégralité des indemnités journalières que A._____ versait précédemment. »

Mutuel a rendu une décision le 19 septembre 2024, par laquelle elle a confirmé que l'indemnisation de l'incapacité de travail dès le 4 mars 2024 devait se fonder sur le salaire déclaré par G._____ SA, soit 65'000 fr. brut par année, avec un délai d'attente de 7 jours et une indemnisation à 80 %. Elle a relevé que, dans la mesure où A._____ avait refusé la prise en charge de l'incapacité de travail, le cas de l'assuré ne pouvait pas être

considéré comme un cas en cours et n'était donc pas soumis aux conditions de libre-passage prévues par l'ASA.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 octobre 2024, en reprenant l'argumentation développée dans ses précédents écrits.

Par décision sur opposition du 14 novembre 2024, Mutuel a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé la décision litigieuse. Elle a retenu que, dans la mesure où l'incapacité de travail avait débuté le 4 mars 2024, elle n'existait pas lorsque le contrat de travail auprès de G._____ SA avait débuté, le 1^{er} mars 2024. Il ne s'agissait donc pas d'un cas en cours, que le contrat de travail précédent ait ou non pris fin avant la conclusion du nouveau contrat, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de saisir la commission prévue par la convention ASA.

B. Toujours représenté par Me Misteli, K._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 16 décembre 2024. Il a exposé que son incapacité de travail avait débuté en février 2024 déjà, mais qu'aucune attestation n'avait été délivrée dès lors qu'il était libéré de son obligation de travailler pour la L._____. Il a également souligné que son engagement auprès de cet employeur n'était pas encore échu lorsqu'il a pris son service auprès de G._____ SA et qu'il avait perduré après son licenciement dans le temps d'essai par ce second employeur. Il fallait ainsi retenir qu'un sinistre était en cours auprès d'A._____ SA lorsqu'il avait pris le nouvel emploi, de sorte que les prestations servies par l'intimée devaient l'être aux conditions prévues par la couverture d'assurance d'A._____ SA, l'indemnité journalière devant s'élever à 176 fr. 11, au lieu de 142 fr 46. A l'appui de son argumentation, il a produit notamment des pièces relatives à ses relations de travail avec la L._____, des courriers de l'intimée et d'A._____ SA, des attestations d'incapacité de travail à 100 % couvrant la période du 4 au 13 mars 2024 et du 18 mars au 31 juillet 2024, un rapport de consultation établi le 19 février 2024 par le Dr I._____, médecin praticien, la photographie d'une étiquette de pharmacie apposée le 19 février 2024 sur l'emballage d'un médicament, décrivant la posologie

applicable jusqu'au 26 février 2024, et un rapport médical établi le 1^{er} mai 2024 par le Dr BB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de cervico-brachialgie droite avec suspicion de radiculopathie C7-C8, ainsi que de bursite sous-acromiale et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite symptomatique depuis décembre 2023. Sur cette base, le recourant a requis préliminairement l'appel en cause de A._____ SA et a pris les conclusions suivantes sur le fond :

- « I. La décision attaquée est réformée en ce sens qu'à compter du 4 mars 2024, les indemnités journalières sont versées à concurrence de CHF 176.10 (cent septante-six francs et dix centimes) par jour, les montants retenus depuis le 4 mars 2024 étant également versés, aux conditions de l'assurance perte de gain A._____ SA auprès de laquelle K._____ était assuré.
- II. Subsidiairement, la décision sur opposition de Mutuel Assurance Maladie SA du 14 novembre 2024 est annulée en ce sens qu'à compter du 4 mars 2024, les indemnités journalières sont versées par A._____ SA à concurrence de CHF 176.10 (cent septante-six francs et dix centimes) par jour, les montants retenus depuis le 4 mars 2024 jusqu'au jour du jugement étant également versés, ceci aux conditions de l'assurance perte de gain A._____ SA.
- III. Plus subsidiairement, la décision sur opposition de Mutuel Assurances Maladie SA du 14 novembre 2024 est annulée et la cause renvoyée pour nouvelle décision. »

L'intimée a déposé une réponse le 26 mars 2025, s'en remettant à justice s'agissant de la requête d'appel en cause et concluant au rejet des conclusions au fond, sous suite de frais et dépens. Reprenant la motivation de sa décision sur opposition, elle a encore relevé que, du point de vue du droit du travail, la prise d'un nouvel emploi durant la période de libération de l'obligation de travailler, entraînait la fin de ce précédent emploi. Elle a joint une copie de son dossier, ainsi que le contrat d'indemnité journalière conclu avec G._____ SA et les conditions générales applicables.

Le recourant a déposé une réplique le 9 mai 2025. Il a réaffirmé que la prise du nouveau poste de travail n'avait pas mis fin au précédent emploi, ni à la couverture d'assurance qui en découlait, la seule conséquence était l'imputation du salaire du nouvel emploi sur la créance

salariale du premier emploi. Il a joint le courrier adressé le 5 mars 2024 par sa protection juridique à la L._____, annonçant qu'il avait trouvé un nouvel emploi à partir du 1^{er} mars 2024 mais qu'il se trouvait depuis le 4 mars 2024 en incapacité de travail, ce qui devait entraîner la prolongation du délai de résiliation, ainsi que des échanges de courriels avec cet employeur concernant l'imputation du salaire versé par G._____ SA.

L'intimée a répliqué le 18 juillet 2025.

Invitée à se déterminer sur la procédure en qualité de tiers intéressé, A._____ SA a fait valoir le 24 septembre 2025 qu'elle ne pouvait pas être considérée comme partie, ni comme tiers intéressé par la procédure, de sorte qu'elle contestait toutes les conclusions qui visaient à la condamner au paiement d'indemnités journalières, qu'il n'y avait pas lieu qu'elle se prononce sur le fond en l'absence d'intérêt dans ladite procédure et qu'aucun jugement ne lui serait opposable.

Réinterpelée par le Juge instructeur en lien avec ses courriers des 22 juillet et 13 septembre 2024, dont le recourant s'est prévalu auprès de l'intimée, A._____ SA a indiqué le 15 octobre 2025 qu'elle avait précédemment écrit un courrier du 18 juillet 2024 exposant qu'à son sens, la relation de travail avait pris fin en date du 28 février 2024 dans la mesure où le recourant avait débuté un nouvel emploi le 1^{er} mars 2024 à 100 %. Ne pouvant pas effectuer deux emplois à 100 % durant la même période, le recourant ne faisait plus partie du cercle des personnes assurées par ses soins lorsque son incapacité de travail avait débuté. Cela étant, elle avait considéré à titre subsidiaire, dans ses courriers des 22 juillet et 13 septembre 2024, que c'était au nouvel assureur de prendre le sinistre en cours aux conditions de A._____ SA. Après réflexion, elle ne soutenait plus cette interprétation et se ralliait à celle de l'intimée. A._____ SA a joint ses conditions générales d'assurance, édition mai 2021.

Les écritures de A._____ SA et leurs annexes ont été communiquées aux parties les 7 et 16 octobre 2025.

En droit :

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 à la forme.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue par l'intimée Mutuel Assurance Maladie SA et porte sur le montant des indemnités journalières qu'elle a servies à compter du 4 mars 2024 au recourant. Celui-ci a cependant pris des conclusions subsidiaires condamnatoires à l'égard d'A. _____ SA.

Or, un assureur ne peut statuer que sur sa propre obligation de fournir des prestations à un assuré. En effet, ni la LAMal, ni la LPGA ne confèrent à un assureur la qualité pour recourir ou le statut de partie dans le cadre d'une décision relative aux prestations servies par autre assureur à un assuré. Tout au plus, l'art. 30 LPGA oblige chaque assureur à réceptionner les requêtes et autres avis qui leur parviennent par erreur, à en enregistrer la date de réception et à les transmettre à l'organe compétent.

Il découle de ces éléments que, dans le cadre du présent litige, A._____ SA ne pourrait se voir condamnée directement par la Cour de céans à verser des prestations au recourant. Dans l'hypothèse où la résolution du litige entre le recourant et l'intimée amènerait au constat que la compétence pour statuer sur le droit aux prestations appartenait à A._____ SA plutôt qu'à l'intimée, celle-ci pourrait seulement être requise de transmettre la demande de prestation du recourant à A._____ SA afin que cette dernière procède à une instruction et rende une décision susceptible d'opposition puis de recours. En conséquence, la conclusion II du recours, tendant à titre subsidiaire à ce que la décision attaquée soit réformée en ce sens qu'A._____ SA doit lui verser des indemnités journalières, excède l'objet du litige et est irrecevable.

Ainsi, le litige porte sur le montant des indemnités journalières versées à partir du 4 mars 2024 par l'intimée au recourant, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée doit appliquer les conditions générales d'A._____ SA.

3. A titre préliminaire, le recourant a requis l'appel en cause d'A._____ SA.

a) Aux termes de l'art. 14 al. 1 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, appeler en cause ou autoriser l'intervention de personnes qui pourraient avoir qualité de partie au sens de l'article 13. Selon cette disposition, ont qualité de parties en procédure administrative les personnes susceptibles d'être atteintes par la décision à rendre et qui

participent à la procédure (let. a), les personnes ou autorités auxquelles la loi confère la qualité de partie (let. b), les personnes ou autorités qui disposent d'un moyen de droit à l'encontre de la décision attaquée (let. c), les personnes intervenant dans une procédure d'enquête publique ou de consultation (let. d).

b) Conformément à l'art. 59 LPGa, a qualité pour recourir quiconque est touché par la décision et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

Hormis la partie recourante et l'autorité ou l'assureur social intimé, d'autres personnes peuvent être intéressées à la procédure et se voir reconnaître le droit d'y participer. L'art. 111 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) impose ainsi de reconnaître la qualité de partie, pour la procédure de recours cantonale, à toute personne ou autorité qui aurait ensuite qualité pour recourir devant le Tribunal fédéral. Dans le même sens, l'art. 34 LPGa prévoit que toute personne, organisation ou autorité qui dispose d'un moyen de droit contre la décision à rendre doit se voir reconnaître la qualité de partie en procédure administrative. Qualité pour recourir et statut de partie sont donc étroitement liés, à tous les stades de la procédure (procédure administrative, procédure de recours devant les tribunaux cantonaux des assurances et procédure de recours devant le Tribunal fédéral). Conformément au principe d'unité de la procédure, ces notions ne peuvent pas être définies plus étroitement devant les tribunaux cantonaux des assurances qu'elles ne le sont pour la procédure de recours devant le Tribunal fédéral. Le droit cantonal ne peut pas davantage les définir plus largement que ce qui découle du droit fédéral (Jean Métral, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e éd., Bâle 2025, n. 2 ad art. 59).

c) La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection au sens de l'art. 59 LPGa, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de

protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il doit s'agir d'un intérêt propre de la partie recourante, d'un intérêt pratique et non pas seulement théorique ou virtuel, et d'un intérêt actuel au moment du recours (ATF 138 II 162 consid. 2.1.2 ; 130 V 196 consid. 3). Jurisprudence et doctrine n'admettent que de manière relativement stricte la présence d'un intérêt propre et direct lorsqu'un tiers désire recourir contre une décision dont il n'est pas le destinataire (ATF 133 V 239 consid. 6.3, et les arrêts cités). Les tiers ne sont en effet pas touchés par une décision de la même manière que son destinataire formel et matériel, dans la mesure où elle ne leur octroie pas directement des droits ou leur impose des obligations. En plus d'un intérêt concret, par exemple un intérêt économique au contenu de la décision litigieuse, la qualité pour agir d'un tiers suppose qu'il se trouve, avec l'objet de la contestation, dans un rapport suffisamment étroit, respectivement qu'il soit touché avec une intensité plus grande que les autres personnes, ce qui doit être examiné en rapport avec les circonstances concrètes (ATF 137 III 67 consid. 3.5 ; TF 9C_852/2017 et les références citées).

d) En l'occurrence, l'appel en cause d'A._____ SA a été requis par le recourant, qui a pris une conclusion subsidiaire en condamnation à l'encontre de cette institution. Comme déjà exposé (cf. supra, consid. 2b), cette conclusion n'est pas recevable dans la mesure où elle excède l'objet du litige tel que défini par la décision litigieuse. Le maintien d'A._____ SA en qualité de partie ne poursuit pas d'autre intérêt direct pour le recourant, l'éventuel rejet de ses conclusions à l'encontre de l'intimée n'entraînant pas automatiquement l'obligation d'A._____ SA de fournir ses propres prestations. Dans cette hypothèse, l'intéressé devrait de toute manière solliciter une décision formelle de la part de cette institution, susceptible d'opposition puis de recours.

Il faut ainsi constater que les conditions pour attirer A._____ SA en tant que partie intimée dans la présente cause ne sont pas remplies. En revanche, cette institution a été invitée à se déterminer sur les écritures

du recours en qualité de tiers intéressé et ses écritures ont été transmises aux parties.

4. A teneur de l'art. 1a al. 1 LAMal, cette loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

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 indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (al. 3, première phrase).

Conformément à l'art. 72 al. 1 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité. Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2, première phrase). Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGa (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal), lequel la définit comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal trouve son fondement dans un contrat d'assurance de droit public (ATF 126 V 499 consid. 2a et les références citées). En adoptant l'art. 72 LAMal, le législateur a édicté quelques dispositions impératives, notamment le début du droit à l'indemnité journalière (al. 2), la durée de ce droit (al. 3), ainsi

que sa réduction en cas d'invalidité partielle (al. 4) ou de surindemnisation (al. 5). Il a toutefois laissé une partie importante de l'aménagement de la relation d'assurance à l'autonomie contractuelle des parties (ATF 129 V 51 consid. 1.1 ; 125 V 116 consid. 2e). C'est ainsi que les parties fixent en toute liberté – soit, selon leur volonté contractuelle – le montant de l'indemnité journalière assurée (ATF 126 V 499 consid. 2a ; 124 V 201 consid. 3d). En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont néanmoins tenus de se conformer aux principes généraux régissant toute activité administrative, tels qu'ils découlent du droit constitutionnel et du droit des assurances sociales, singulièrement les principes de bonne foi, d'égalité de traitement et de proportionnalité (ATF 129 V 51 et 126 V 499 déjà cités).

5. La Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie (CLP) établie par l'Association Suisse d'Assurances (ASA), à laquelle l'intimée et A._____ SA ont adhéré, prévoit que dite convention s'applique en cas de passage d'un assuré individuel d'une assurance indemnité journalière collective dans une autre assurance indemnité journalière collective selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) et la LAMal (art. 2a).

Selon l'art. 4 al. 1 de cette convention, les personnes dont la capacité de travail n'est pas entière doivent, en dépit de dispositions contraires contenues dans les Conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes, continuer à bénéficier de la couverture chez le nouvel assureur dans la mesure de la capacité de travail existante, pour autant qu'elles soient engagées dans le cadre d'un contrat de travail. L'al. 2 précise que les sinistres en cours passent au nouvel assureur dès la date du changement d'assurance, à concurrence du montant de l'indemnité journalière, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur antérieur, pour autant que le travailleur soit employé au même degré d'occupation chez le nouveau, respectivement chez l'employeur antérieur. En cas d'engagement dans les limites de la capacité de travail résiduelle, l'assureur antérieur prend en charge le cas de sinistre en cours.

A teneur de l'art. 4 al. 4 de la convention, si un assuré a touché des prestations d'indemnité journalière de son assureur antérieur avant son transfert, celles-ci seront prises en compte par le nouvel assureur pour le calcul de la durée des prestations, pour autant qu'il s'agit d'une rechute selon les conditions générales d'assurances de l'assureur antérieur ou d'un cas de sinistre en cours.

L'ASA a édicté un Manuel pour l'interprétation de l'article 4 de la Convention de libre passage entre les assureurs d'indemnités journalières maladie (CLP). Le chiffre 1 de ce manuel prévoit que « La CLP s'applique en cas de survenance d'un sinistre auprès de l'assureur 1 (A1) qui déclenche le versement de prestations (= sinistre en cours), en cas de changement d'employeur et, par conséquent d'assureur, ou lorsque plusieurs demandes de prestations sont élevées pour le même sinistre ».

Le premier des exemples donnés par le Manuel (p. 7 de celui-ci) concernant l'application de l'art. 4 CLP est le suivant. Le salarié S a été en incapacité de travail médicalement attestée du 24 au 26 juin 2018 ; toutefois l'intéressé a effectué son travail à plein temps durant cette période. Les 29 et 30 juin, le salarié S passe des examens ambulatoires à l'hôpital, sans attestation médicale d'incapacité de travail. Le 30 juin 2018, son contrat de travail auprès de l'employeur E1 prend fin et il débute le 1^{er} juillet 2018 un travail auprès de l'employeur E2. Après quelques heures de travail, l'assuré est en arrêt maladie et est déclaré en incapacité de travail, laquelle sera de longue durée. Le Manuel expose que, dans un tel cas, il n'y a pas de sinistre en cours au sens de l'art. 4 CLP, car l'assureur de l'employeur E1 n'a jamais versé d'indemnités journalières. En conséquence, la CLP ne s'applique pas.

6. a) Le contrat n° aaa en matière d'assurance collective d'indemnité journalière selon la LAMal souscrit par G. _____ SA auprès de l'intimée couvre les conséquences économiques d'une incapacité de travail ou de gain pour une durée de 730 jours sur une période de 900 jours consécutifs, pour une ou plusieurs incapacités, à raison de 80 % du salaire

avec un délai d'attente de 7 jours par année civile. Les art. 5 et 10 des conditions générales de l'intimée prévoit ce qui suit :

Art. 5 Personnes assurées

1. Le cercle des personnes assurées est mentionné dans le contrat.
2. Sauf accord explicite mentionné dans le contrat, la personne qui est totalement ou partiellement incapable de travailler au moment de l'entrée en vigueur du contrat, respectivement au début du rapport de travail, n'est pas assurée. Elle l'est dès qu'elle a retrouvé sa pleine capacité de travail. La convention de libre passage reste réservée.

(...)

Art. 10 Début et fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations

1. Début de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance débute pour chaque assuré le jour de l'entrée en vigueur de son contrat de travail, mais au plus tôt au moment de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

2. Fin de la couverture d'assurance et du droit aux prestations

La couverture d'assurance et le droit aux prestations cessent pour chaque assuré :

- a. à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif.
Toutefois, la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date ;
- b. à l'épuisement des prestations prévues à l'art. 6, al. 3 ;
- c. à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite anticipée ;
- d. à la fin de la couverture d'assurance LAA pour le travailleur détaché.

b) Le contrat n° bbb en matière d'assurance indemnités journalières collective LCA souscrit par la L. _____ auprès de A. _____ SA couvre, en cas de maladie, 90 % du salaire assuré pour une durée de 730 jours par cas, avec un délai d'attente de 30 jours par cas. Les art. 7, 11, 12 et 14.6 des conditions générales de cet assureur (édition mai 2021) prévoient ce qui suit :

Art. 7 Personnes assurées

7.1 Sont assurés les groupes de personnes et les personnes nommément citées indiqués dans la police.

7.2 Employé.e.s
Les employé.e.s sont assuré.e.s

- lorsqu'il existe un rapport de travail entre eux et le preneur ou la preneuse d'assurance et
 - lorsqu'ils et elles sont soumis.es à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) en raison de leur statut d'employé.e
- (...)

Art. 11 Début de la couverture d'assurance

Employé.e.s

11.1 La couverture d'assurance débute pour chaque personne assurée le jour où le rapport de travail commence, au plus tôt toutefois au début du contrat indiqué dans la police.

11.2 Les personnes qui, au début du rapport de travail, sont partiellement ou entièrement en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ne sont assurées que lorsqu'elles ont recouvré leur pleine capacité de travail conformément au contrat de travail.

(...)

Art. 12 Fin de la couverture d'assurance

assurées 12.1 La couverture d'assurance s'éteint pour toutes les personnes à la fin du contrat collectif.

assurée : 12.2 La couverture d'assurance s'éteint pour chaque personne

a) si elle quitte le cercle des personnes assurées ;

(...)

journalière Art. 14 Transfert dans l'assurance individuelle d'indemnité

(...)

14.6 Il n'existe pas de libre passage ni de droit de transfert pour les personnes assurées

(...)

f) En cas de changement d'emploi et de transfert dans l'assurance collective d'indemnités journalières du nouvel employeur ;

(...)

7. a) En l'espèce, il est constant que l'indemnité journalière assurée par A._____ SA dans le cadre du contrat collectif conclu avec la L._____ est plus favorable que celle assurée par l'intimée en vertu du contrat collectif conclu avec G._____ SA.

L'intimée a retenu que, lorsqu'il a pris son emploi auprès de G._____ SA, le 1^{er} mars 2024, le recourant présentait une capacité de travail entière et qu'il est ainsi entré dans le cercle de ses assurés, ce qui l'a fait sortir du cercle des assurés d'A._____ SA. L'intimée a par ailleurs exclu l'application de la CLP faute de sinistre en cours ouvert auprès

d'A._____ SA au moment du changement d'assureur, aucune incapacité de travail n'ayant été annoncée à cet assureur avant le 1^{er} mars 2024. Pour sa part, A._____ SA a soutenu dans un premier temps que la CLP était applicable, avant de se rallier à l'avis de l'intimée en retenant que la prise d'emploi auprès de G._____ SA avait entraîné l'échéance des rapports de travail avec la L._____.

b) Dans un premier moyen, le recourant a contesté la fin de la couverture d'assurance d'A._____ SA en faisant valoir que son engagement auprès de la L._____ n'était pas terminé lorsqu'il a annoncé son incapacité de travail. La question de savoir si la prise d'un nouvel emploi durant le délai de résiliation a mis fin au contrat de travail auprès de la L._____ n'a pas d'incidence dans le cas d'espèce et peut donc rester ouverte, compte tenu de ce qui suit.

Certes, l'affiliation du recourant à l'assurance perte de gain en cas de maladie collective proposée par A._____ SA était liée à son emploi auprès de la L._____. Celle-ci a mis fin aux relations de travail par lettre du 12 décembre 2023 pour le 31 mars 2024, en dispensant le recourant de fournir sa prestation de travail jusqu'à l'échéance du contrat. Il n'en demeure pas moins que l'emploi auprès de G._____ SA a pris effet entretemps, le 1^{er} mars 2024. Le recourant a débuté son emploi auprès de G._____ SA le 1^{er} mars 2024 au taux contractuel convenu de 100 % et a travaillé pendant trois jours à ce taux, avant d'annoncer une incapacité de travail totale dès le 4 mars 2024. Même si elle n'a duré que trois jours, cette prise d'emploi initiale a suffi pour que le recourant entre dans le cercle des assurés de l'intimée le 1^{er} mars 2024, conformément aux conditions générales de celle-ci.

Les conditions générales d'A._____ SA ne prévoient pas expressément la situation d'une prise d'emploi au cours du délai de résiliation en tant que motif de fin de la couverture d'assurance. En revanche, elles excluent un libre-passage ou un transfert dans l'assurance individuelle, en cas de changement d'emploi et de transfert dans l'assurance collective d'indemnités journalières du nouvel employeur. Il faut

ainsi constater que les conditions générales ne permettent pas une double affiliation. A cela s'ajoute que l'objectif principal de la CLP est de confirmer la compétence du nouvel assureur lorsqu'un assuré individuel change d'emploi ou lorsqu'un employeur change de contrat d'assurance collective alors qu'un sinistre est déjà en cours, afin d'éviter des frais administratifs pour les assureurs ou des lacunes d'assurance pour les assurés en raison de la sélection des risques (cf. al. 3 du Préambule de la CLP). Cette convention, qui prévaut sur les conditions générales des assureurs concernés, exclut donc expressément l'affiliation simultanée à plusieurs assurances pour le même risque, y compris dans l'hypothèse où l'assuré a pris un nouvel emploi durant le délai de résiliation du précédent. Il convient également rappeler que la systématique des assurances sociales tend à exclure la double-affiliation et prohibe la surindemnisation. Admettre que le recourant soit affilié auprès de deux assureurs pour le même risque serait contraire à cette logique. Il faut ainsi retenir qu'en prenant son nouvel emploi au taux contractuel de 100 % le 1^{er} mars 2024, le recourant est simultanément entré dans le cercle des assurés de l'intimée et sorti du cercle des assurés d'A. _____ SA.

Au demeurant, on doit également relever que le recourant a fait le choix, en mars 2024, de solliciter les indemnités journalières auprès de l'intimée uniquement. En effet, le courrier que sa protection juridique a adressé le 5 mars 2024 à la L. _____ ne visait pas l'octroi d'indemnités journalières. Il s'agissait uniquement de se mettre en règle du point de vue du droit du travail, d'une part, en annonçant la prise d'emploi auprès de G. _____ SA dès le 1^{er} mars 2024 en vue de l'imputation du nouveau salaire sur le salaire dû par la L. _____ conformément à la Convention collective de travail à laquelle cet emploi était soumis et, d'autre part, en signalant l'incapacité de travail dès le 4 mars 2024 en tant que motif de prolongation du délai de résiliation.

c) Le recourant a soutenu que l'art. 4 de la CLP lui était applicable, arguant en particulier que sa situation était similaire à celle de l'exemple n° 3 du Manuel de l'ASA.

Cette argumentation ne peut pas être suivie. En effet, cet exemple évoque la situation suivante : le salarié S a subi une incapacité de travail à 100 % puis à 50 % alors qu'il travaillait pour l'employeur E1 et a bénéficié d'une prise en charge par l'assureur A1. Le contrat de travail étant résilié pour le 31 décembre 2018, S a prévu de reprendre une activité professionnelle à 100 % dès le 1^{er} janvier 2019 auprès de l'employeur E2, qui a souscrit une assurance collective auprès de l'assureur A2. Toutefois, S s'est trouvé à nouveau en incapacité de travail à 50 % dès le 1^{er} janvier 2019. Pour cette situation, le Manuel indique que l'assureur A2 doit verser des prestations parce que le taux d'occupation contractuel est le même pour les deux emplois et que son obligation de prester couvre le montant de l'indemnité journalière prévue par l'assureur A1, le délai de carence et la durée des prestations versées pouvant être imputées. Si le critère qui oblige l'assureur A2 à fournir les prestations aux conditions de l'assureur A1 est le pourcentage contractuel identique pour les deux emplois successifs, il n'en demeure pas moins que la question de l'application de la CLP s'est posée parce que l'assureur A1 a versé des prestations jusqu'à l'échéance du contrat de travail auprès de l'employeur E1. La situation présentée n'est en conséquence pas similaire à celle du recourant, qui n'a pas perçu de prestations de la part d'A._____ SA en raison d'une atteinte à l'épaule droite avant le 1^{er} mars 2024.

La situation du recourant est en revanche similaire à celle de l'exemple n° 1 du Manuel, où l'atteinte à la santé a rendu nécessaire des investigations médicales durant le premier emploi, mais aucune incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit à des prestations n'est intervenue puisque le salarié S a travaillé durant la période médicalement attestée d'incapacité de travail. A ce propos, le recourant a fait valoir que, eu égard à l'emploi du mot « si » au début de l'art. 4 al. 4 de la CLP, le versement des prestations n'était pas une condition pour retenir l'existence d'un sinistre en cours. Cette interprétation est battue en brèche par le Manuel, qui émane de l'association à l'origine de cette convention, et qui définit la notion de « sinistre en cours » par le fait d'avoir versé des prestations. Quoiqu'il en soit, l'application de la CLP nécessite à tout le moins l'annonce d'un sinistre à l'assureur A1 antérieur au changement d'assureur et susceptible

d'ouvrir le droit à des prestations. Tel n'est pas le cas du recourant, qui n'a annoncé à A. _____ SA aucune incapacité de travail antérieure à sa prise d'emploi auprès de G. _____ SA.

d) Le recourant s'est encore prévalu du fait qu'A. _____ SA avait mentionné, dans ses courriers des 22 juillet et 13 septembre 2024, que l'art. 4 al. 2 CLP était applicable dans le cas d'espèce.

Il convient à cet égard de relever que l'intéressé ne s'est pas expressément prévalu du principe de la protection de la bonne foi, dont les conditions ne sont de toute manière pas réunies dans le cas d'espèce. En effet, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger une autorité à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). En l'occurrence, A. _____ SA ne pouvait se prononcer sur l'éventuelle obligation de prêter de l'intimée et l'on ne voit de toute manière pas quelles dispositions le recourant aurait prises, en vertu des courriers des 22 juillet et 13 septembre 2024, auxquelles il ne pourrait pas renoncer sans subir de préjudice. Ces deux courriers sont largement postérieurs aux éléments de fait pertinents pour statuer sur le droit à l'indemnité journalière en lien avec l'incapacité de travail survenue le 4 mars 2024 et il n'apparaît pas que le recourant se soit renseigné sur les conséquences d'une prise d'emploi durant le délai de résiliation avant de signer le nouveau contrat de travail.

e) Enfin, le recourant a produit, en cours d'instance, des pièces médicales attestant que l'atteinte à son épaule droite était déjà

symptomatique avant le 1^{er} mars 2024. Il s'est en outre prévalu du fait qu'il avait annoncé son incapacité de travail à A. _____ SA dans le délai de 30 jours conformément à ses conditions générales d'assurance, de sorte qu'il fallait considérer qu'un sinistre était ouvert.

Comme déjà exposé ci-dessus, l'élément déterminant pour l'application de l'art. 4 CLP est le fait d'avoir déjà perçu des prestations de la part du précédent assureur avant de prendre le nouvel emploi. Le recourant n'a cependant apporté aucun élément permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'A. _____ SA aurait ouvert un sinistre en lien avec son atteinte à l'épaule droite avant le 1^{er} mars 2024. Au contraire, le courrier que sa protection juridique a adressé à la L. _____ le 5 mars 2024 annonce une incapacité de travail débutée le 4 mars 2024. Il en va de même des échanges de courriels des 7 et 18 mars 2024 entre la L. _____ et la protection juridique du recourant, respectivement le recourant directement. Pour sa part, A. _____ SA a produit le courrier qu'elle a adressé au mandataire du recourant le 18 juillet 2024, en réponse à une sollicitation du 11 juillet 2024, avec pour objet « Sinistre N° ccc Evénement du 04.03.2024 ». Les courriers ultérieurs des 22 août et 13 septembre 2024 se référaient au même objet.

A cela s'ajoute qu'aucune pièce médicale établie avant le 1^{er} mars 2024 n'a posé d'incapacité de travail pour l'atteinte à l'épaule droite du recourant. Le fait que l'épaule était symptomatique ne signifie pas encore que l'atteinte était incapacitante. Le recourant a d'ailleurs allégué que l'arrêt de travail délivré le 4 mars 2024 était le résultat d'une augmentation des douleurs et ne s'est pas montré affirmatif quant à une éventuelle incapacité de travail antérieure à cette date. L'expert mandaté par l'intimée a constaté que l'incapacité de travail était attestée depuis le 4 mars 2024 et qu'elle était justifiée. Il n'a pas évoqué d'éventuelles périodes d'incapacité antérieures pour cette atteinte. Il faut ainsi constater qu'aucune incapacité de travail antérieure au 1^{er} mars 2024 n'a été annoncée à A. _____ SA en temps réel ou dans le délai de trente jours fixé dans les conditions générales de cette assurance, de sorte qu'il n'y avait pas de « sinistre en cours » lors de la prise du nouvel emploi. Quant à un

éventuel rapport médical qui déterminerait a posteriori une incapacité de travail antérieure au 4 mars 2024, outre le fait qu'il n'existe pas, la production d'un tel document se heurterait à l'art. 16 des conditions générales d'A._____ SA, prévoyant qu'en cas d'annonce tardive, le droit aux prestations assurées commence à réception de cette annonce, et ne ferait donc pas « renaître » un sinistre antérieur au 4 mars 2024. Quels que soient les motifs qui ont amené le recourant à ne pas signaler d'incapacité de travail à la L._____ ou à A._____ SA, l'application de la CLP n'entre pas en ligne de compte en l'absence de sinistre en cours auprès du premier assureur.

f) Compte tenu de ces éléments, il faut constater que l'intimée a refusé d'appliquer l'art. 4 CLP à juste titre.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 novembre 2024 par Mutuel Assurance Maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Misteli (pour le recourant),
- Mutuel Assurance Maladie SA,
- A. _____ 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 :